

قائمة تشخيص
اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
لطفل الروضة
(ADHD)
كراسة التعليمات

إعداد

أ.د. / بطرس حافظ بطرس

أستاذ الصحة النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة القاهرة

أ.د. / سهير كامل أحمد

أستاذ ورئيس قسم العلوم النفسية
والعميد الأسبق
كلية رياض الأطفال جامعة القاهرة



مكتبة الأنجلو المصرية

المحتويات

الموضوع	الصفحة
أولاً: الإطار النظري للاختبار.....	٥
- مقدمة.....	٧
- لمحة تاريخية.....	٨
- المقصود باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.....	٩
- أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.....	١١
- خصائص الطفل ذو اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.....	١٣
- أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.....	١٤
- تصنيف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.....	٢٣
- تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.....	٣٠
- التشخيص والصورة الكلينيكية.....	٣٧
- المسار والمآل لهذا الاضطراب.....	٤٠
ثانياً: وصف الاختبار.....	٤٥
- هدف الاختبار.....	٤٥
- المصادر التي تم الاعتماد عليها في إعداد الاختبار.....	٤٥
- محتوى الاختبار.....	٤٥
- التعليمات وطريقة التطبيق.....	٤٦
- طريقة التصحيح.....	٤٦
- التفسير.....	٤٧
ثالثاً: تقنين الاختبار.....	٤٧
أ - عينة التقنين.....	٤٧
ب - الخصائص السيكومترية للاختبار.....	٤٨
- صدق الاختبار.....	٤٨
- ثبات الاختبار.....	٦٢
ج - المعايير.....	٦٣

- المتوسطات والانحرافات المعيارية..... ٦٣
- الدرجات المعيارية..... ٦٥
- الدرجات التائية..... ٧٢
- المئينات..... ٧٩
- المراجع..... ٨٦

١- اختبار كاي مربع (Chi-Square Test)

٢- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test)

٣- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test)

٤- اختبار رانك-سوم (Rank-Sum Test)

٥- اختبار كاي مربع (Chi-Square Test)

٦- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test)

٧- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test)

٨- اختبار رانك-سوم (Rank-Sum Test)

٩- اختبار كاي مربع (Chi-Square Test)

١٠- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test)

١١- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test)

١٢- اختبار رانك-سوم (Rank-Sum Test)

١٣- اختبار كاي مربع (Chi-Square Test)

١٤- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test)

١٥- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test)

١٦- اختبار رانك-سوم (Rank-Sum Test)

١٧- اختبار كاي مربع (Chi-Square Test)

١٨- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test)

١٩- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test)

٢٠- اختبار رانك-سوم (Rank-Sum Test)

٢١- اختبار كاي مربع (Chi-Square Test)

٢٢- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test)

٢٣- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test)

٢٤- اختبار رانك-سوم (Rank-Sum Test)

الإطار النظري للاختبار

مقدمة:

هذا الاضطراب هو عبارة عن سلوك متواصل من زيادة في الحركة أو نقص في الانتباه ووجود سلوك اندفاعي. كل هذه السلوكيات توجد بشكل لا يتناسب مع عمر الطفل. يشكل هذا الاضطراب عبئاً ثقیلاً على الوالدين في المنزل وعلى من يقدم الرعاية للطفل في الروضة ويؤدي إلى الكثير من المشاكل في تعليم الطفل وعلاقاته مع أقرانه وقد يؤخذ كل سلوك يبدر من الطفل على أنه سلوك غير مقبول ويتلقى العقاب عليه مما يؤدي لشعوره بأنه مرفوض من أهله ومن كل من يتعامل معه.

نسبة حدوث هذا المرض متفاوتة جداً (٢ إلى ٢٠٪) من مجتمع إلى آخر حسب مقاييس الشخصية المستخدمة والشخص الملاحظ لسلوك الطفل. ويقصد بذلك أن الوالدين غالباً ما يتجاوزون عن السلوك الذي يبدیه الطفل إلى حد ما ولكن عند دخول المدرسة أو الروضة تبدأ المشاكل ثم ينتهي الأمر بتحويل الطفل إلى الطبيب النفسي. لذا من المعتاد أن لا تشخص حالات هذا الاضطراب إلا في حدود سن السادسة. ويختلف الناس في سلوكياتهم من شخص لآخر وهو شيء طبيعي وواضح ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال في المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف متأملين للتفريق بين الطبيعي وغير الطبيعي من تلك السلوكيات. فقد يكون من منظور الوالدين سلوكاً طبيعياً ولكن الآخرين ينظرون إليه كسلوك غير معروف مألوف وغير مقبول من المجتمع، وسلوكيات الأطفال هي نتاج تعامل الآخرين مع من حولهم مقابل التدليل الزائد والحماية المفرطة من جهة أو قلة الحنان والإهمال من جهة أخرى ولكن قد تكون حالات مرضية تؤدي لتلك السلوكيات الخاطئة.

وقد يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته وسلوكياته فنرى الطفل المخرب وكثير الحركة والطفل الفوضوي أو الطفل المعاند والطفل قليل الانتباه، وغيرها من الحالات بعضها طبيعي ومؤقت والبعض منها مرضي ودائم ومن تلك الحالات (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة)، واضطراب السلوك القهري. حيث يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته مما يسبب له فشلاً في حياته الأكاديمية والاجتماعية بسبب قلة التركيز، والاندفاعية المفرطة، وغالباً ما يتصرف هؤلاء

الأطفال بتهور وبشكل عفوى، قهرى، وبالرغم من ذلك تجدهم قادرين على وصف نتائج السلبية لسلوكياتهم إلا أنهم لا يأخذون هذه النتائج بعين الاعتبار، وفى الغالب ما تكون ردود أفعالهم الأولى للمواقف الحياتية التى يمرون بها غير ملائمة.

لمحة تاريخية:

أول من تطرق إلى هذا الموضوع بورنفيل D/Bourneville سنة ١٨٩٧ وعرفه على أنه حركية ذهنية ونفسية قصوى وقد يرجع ذلك إلى إصابة عضوية أو نفسية وكثيرا ما يصحب فرط النشاط بإضطرابات طبيعية عديدة ويتميز تناذر فرط النشاط بعدم القدرة على الحفاظ على وضع ثابت للجسم، وتثبيت الإنتباه، والإستمرار والمثابرة فى نفس النشاط، والحفاظ على إيقاع منتظم والإستجابة بكيفية متكيفة مناسبة للوضع.

ويمكن تتبع التطور الذى عرفه هذا المفهوم من خلال تطور تسميته من مرحلة إلى أخرى، فقد كانت الجمعية الأمريكية للطب العقلى مهتمة بهذا الإضطراب فقسمته فى دليلها الثالث لتصنيف الأمراض الصادر سنة ١٩٨٠ (DSM III) إلى نوعين : الأول هو إضطراب نقص الإنتباه مصحوب بفرط النشاط، والثانى اضطراب نقص الانتباه غير مصحوب بفرط النشاط، وفى سنة ١٩٨٧ أصدرت الجمعية سألقة الذكر مراجعة لدليلها الثالث (DSM IIIR) فدمجت فرط النشاط مع إضطراب نقص الإنتباه، وفى سنة ١٩٩٤ أصدرت نفس الجمعية دليلها الرابع (DSM IV) حيث تم تقسيم النشاط المفرط والانتباه إلى أنواع ثلاثة حسب احتوائها على:

١- قلة الانتباه فقط.

٢- الحركة المفرطة مع رد الفعل المبالغ والفجائية.

٣- الاثنين معاً.

ويقدم كتيب DSM-IV معايير التشخيص الإكلينيكي لكل نوع من هذه الأنواع الثلاثة. ويعتبر الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية أن نقص الانتباه والاندفاعية عرضين رئيسيين، فالأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين يتم

تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه (ADD)، أما الأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين بإضافة إلى فرط الحركة يشخصون على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

وبناء على ذلك فقد قسم الدليل التشخيصي والإحصائي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة إلى ثلاث فئات:

- ١- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذي تغلب عليه نقص الانتباه.
- ٢- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذي يغلب عليه فرط الحركة والاندفاعية.

- ٣- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، فئة شاملة بمعنى الأطفال المصابين بنقص الانتباه، وفرط الحركة والاندفاعية على نحو شديد.

على الرغم من القبول الواسع لما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة يستمر الخلاف حول اعتبار هذا الاضطراب اضطراباً واحداً أو اضطراباً متعددًا.

المقصود باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة «ADHD»

يعرفه معدا المقياس اجرائيا بأنه مرض مزمن قد تظهر اعراضه الرئيسية منذ مراحل الطفولة المبكرة ، وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، وتشمل فرط الحركة و نقص الانتباه والاندفاعية، كما تظهر بعض الاعراض الجانبية كالصعوبات الاكاديمية والقلق والاكتئاب والعناد ، وهذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والروضة وفي المجتمع بصفة عامة اذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها.

و يشير (Pritchard,2005:266-279) الى المقصود بكل من فرط الحركة،

ونقص الانتباه، والاندفاعية كما يلي :

المقصود بفرط الحركة - زيادة النشاط :

فرط الحركة وزيادة النشاط علامة مميزة، وهي زيادة ملحوظة جداً في مستوى النشاط الحركي تخرج عن حدود المعدل الطبيعي، حيث نرى الطفل يتململ، لا يستطيع البقاء في مكانه أو مقعده، نراه يجرى في كل مكان، يتسلق كل شيء، كثير الحركة لا يهدأ، يتكلم كثيراً، كل ذلك بلا هدف محدد، يحدث ذلك في المنزل - الشارع - الأسواق - أو الروضة، كما يجد صعوبة في التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين.

المقصود بنقص الانتباه:

هو من أكثر أعراض هذه الحالة انتشاراً، فبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه - فدرجة التركيز والانتباه لديهم قصيرة جداً، فإن المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز - التذكر - التنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجرى من حولهم، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصاً ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدى وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجاتهم - كتبهم وأقلامهم.

المقصود بالاندفاعية :

هؤلاء الأطفال مندفعين بطبعهم، لا يفكرون في الحدث ورد الفعل، يجاوبون على السؤال قبل الإنهاء منه، لا ينتظرون دورهم في الحديث أو اللعب، كثيراً ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب، وهو ما يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين.

و يشير (Hechtman, 2005: 3183-3198) الى بعض المصطلحات التي توضح

مفهوم ADHD وذلك على النحو التالي:

* عدم الإستقرار Instabilité

نشاط مفرط لدى الطفل، الذي يلزم كل ما يجده أمامه، كما ينتقل من نشاط

إلى آخر ويتحرك كثيرا ويشوش باستمرار ودون إنقطاع.

وعدم الإستقرار هذا له أساس تكويني لكن تساعد بعض الظروف الحياتية والنفسية الوجدانية على ظهوره مثل الإحساس بعدم الأمان و نقص النوم.

* الشغب Turbulence

يكون الطفل غير مستقر حيث درجة عدم الإستقرار ضعيفة فإذا طلب منه الإنتباه أو التحكم في نفسه أو التوقف عن الحركة نجح في ذلك.

* فرط الحركة Hyperkinesie

يكون الطفل في أقصى درجات عدم الإستقرار فهو لا يستطيع ضبط نفسه ولا حركاته ولا نشاطاته، وهو مرادف لمصطلح فرط النشاط.

* فرط الإنفعال Hyperémotivité

الإستعداد للإستجابة المبالغ فيها تجاه الأحداث . يعيش الطفل كل تغير بحساسية كبيرة فأى تنبيه مهما كانت شدته يولد عنده ردود أفعال وجدانية (فرح- غضب) وجسدية (إحمرار -الآم قولونية) غير ملائمة ومبالغ فيها.

* التشنج Spasmophilie

هو عبارة عن نوبات من التقلصات العضلية الراجعة لإصابة عضوية مثل نقص الكالسيوم أو نقص إفراز هورمونات الغدة جار درقية.

أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

لا يوجد سبب وحيد يؤدي إلى ظهور اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. إلا أن هناك عدة عوامل قد تلعب دورا مهما في الإصابة بهذا الاضطراب، منها ما هو نقص وراثي جيني، ومنها ما هو عصبي تكويني أو تطوري. هذا وقد تم فحص بعض المتوارثات حول أسباب هذا الاضطراب منها على سبيل المثال المضاعفات التي تحدث للجنين عند الولادة مثل كدمات الرأس، المواد الحافظة، الحساسية على بعض أنواع الأطعمة، السكريات، نقص الفيتامينات، الإشعاعات، التعرض لمادة الرصاص،

والتعرض المطول للضوء الفلورى. وتشير التقارير الحديثة إلى وجود نوع من العلاقة بين التدخين فى فترة الحمل وحدوث اضطراب (ADHD) لاحقاً، وبين تأخر نمو الجنين فى الرحم أو تسممه بمادة الديوكسين التى تستعمل فى رش المزروعات. Dioxins and polychlorinated biphenyls (Lamberg.2003:1565-1567)

و يشير (Bruc.2008:68-74) الى أن الأطفال المتواجدين فى مراكز التأهيل والأماكن المعزولة والضيقة يعانون من زيادة الحركة ونقص فى درجة الانتباه ويعزى ذلك للحرمان الطويل من العاطفة وتخفى الأعراض بمجرد ابعادهم عن هذه الأماكن، كما يعزى ايضا لبعض العوامل الاجتماعية والنفسية الأخرى كالضغط النفسى والخلافات الأسرية والظروف التى تجبر الطفل على العيش فى جو روتينى وممل، ولا يعتبر الوضع المادى للأسرة عاملا من عوامل ظهور المرض.

كما أكد (Bruc.2008:68-74) فى دراسته على وجود علاقة بين طول الفترة الزمنية التى يشاهد الطفل خلالها برامج التلفاز فى مرحلة رياض الأطفال أو ما قبل المدرسة، واحتمالية معاناته من مشاكل سلوكية ترتبط بضعف الانتباه وفرط الحركة.

وأجرى فريق ضم باحثين من جامعة ويندسير الكندية، وبمعاونة مختصين من جامعة مدينة نيويورك دراسة شملت مجموعة من الأطفال فى مرحلة الروضة، حيث تضمنت رصد تقييم الأهالى والمدرسين حول ما إذا كان الطفل يظهر سلوكيات ترتبط بفرط الحركة وضعف الانتباه أو السلوك المتهور، والتى تشكل الأركان الرئيسية فى تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصاحب لفرط الحركة عند الأطفال.

كما قام الباحثون - وبمساعدة الوالدين - بجمع المعلومات حول الساعات التى كان يشاهد الطفل خلالها برامج التلفاز فى مراحل عمرية مبكرة.

وتشير الدراسة التى نشرتها دورية علم النفس الطفولى فى عددها الصادر لشهر أيار (مايو) من عام ٢٠٠٧، إلى أن معاناة الطفل من تلك الفئة العمرية وزيادة تعرض الطفل لمشاهدة البرامج التلفزيونية فى عمر مبكر، الأمر الذى أشارت إليه دراسات سابقة.

وينوه القائمون على الدراسة بأهمية نتائجها باعتبارها تؤكد على العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه المصاحب لفرط الحركة أو ما يعرف باسم ADHD، وزيادة تعرض الطفل لمشاهدة البرامج التلفزيونية في عمر مبكر، الأمر الذي أشارت إليه دراسات سابقة.

وبحسب رأيهم تزال طبيعة تلك العلاقة مجهولة، حيث لم توضح الدراسات بعد إن كانت مشاهدة الطفل لبرامج التلفاز في مراحل عمرية مبكرة ولفترات طويلة تتسبب في حدوث هذا الاضطراب، أم أن الأطفال الذين يعانون من هذا المرض يبدون استعداداً لمشاهدة التلفاز لفترات طويلة في سن مبكرة.

خصائص الطفل ذو اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

- ١- يجد الطفل صعوبة في أن يظل جالساً.
- ٢- غالباً ما يظهر عليه التملعل أو العصبية من خلال حركة يده أو قدميه أو يتلوى في مقعده.
- ٣- يجد صعوبة في أن يلعب في هدوء.
- ٤- يتحدث كثيراً وبصورة مفرطة.
- ٥- غالباً ما يتحول من نشاط إلى آخر قبل إكمال أى منها.
- ٦- لديه صعوبة في أن يظل محتفظاً بانتباهه خلال أداء المهمات أو أثناء أنشطة اللعب.
- ٧- لديه صعوبة في متابعة الدروس أو التعليمات.
- ٨- يسهل تشتيته بأية مثيرات خارجية.
- ٩- غالباً ما يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين.
- ١٠- غالباً ما يجيب على الأسئلة باندفاع وبلا تفكير وحتى قبل إكمالها.
- ١١- لديه صعوبة في انتظار دورة في الألعاب أو المواقف الجماعية.
- ١٢- غالباً ما ينشغل أو يقحم نفسه في أنشطة خطيرة دون تقدير لخطورتها،

كأن يغير النشاط مندفعاً دون النظر حوله أو يقفز من أماكن مرتفعة.

١٣- غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة في المدرسة أو البيت.

١٤- غالباً ما يبدو أنه غير منصت لما يقال له.

(Duclican,2003:24-41)

المدة الطبيعية للتركيز والانتباه:

تختلف مدة ومقدرة الانسان على الانتباه والتركيز، وهي المقدرة المؤدية للتعلم والتذكر، ومن ثم الى زيادة نسبة الذكاء، وتتراوح فترة انتباه الطفل الطبيعية من ثلاث إلى خمس دقائق لكل سنة من العمر، فالطفل في الروضة يحتاج إلى خمس عشرة دقيقة كفترة انتباه متواصلة لكي ينجز العمل الموكول له كحد أقصى، وبعد ذلك تزيد لكي تكون عشرين دقيقة في الصف الأول والثاني، ولكن هذا لا يعنى التركيز المستمر المتواصل، ولكن يعنى عدم التشويش وفقد التواصل مع العمل الذى يقوم به، ولكن يجب الانتباه أن فترة الانتباه عند مشاهدة التلفاز لا تحسب عند قياس المقدرة على التركيز والانتباه (Greenhill,1999:503-512).

أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

إن أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة تبدأ فى الظهور قبل سن السابعة وقد تظهر بشكل واضح فى سن الثلاث سنوات، ويجب أن تظهر الأعراض فى بيئتين مختلفتين (البيت والمدرسة) لمدة الستة أشهر السابقة لعملية التقييم. إن اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (AD/HD) اضطراب مزمن يستمر مع الإنسان طوال حياته حيث تستمر الأعراض عند ٧٠٪ من المصابين مع ملاحظة اختلاف نمط ظهور الأعراض تبعاً للفئة العمرية. وتمثل نسبة الإصابة بين الذكور ٣-٤ أضعاف الإصابة بين الإناث.

أولاً: الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

١- ضعف الانتباه: Attention deficit

يعرف على أنه عدم القدرة على التركيز نحو شيء محدد لفترة طويلة يرافقه عدم القدرة على التحرر من العوامل الخارجية التي تشتت انتباههم كما يعنى عدم القدرة على تركيز الانتباه والاحتفاظ به لفترة مناسبة عند ممارسة الأنشطة التي يقومون بها خصوصاً الأنشطة التي تتطلب تحدى و يتضح ذلك من خلال عدم مقدرة الطفل على الانتباه والاصغاء والتواصل مع المتكلم سواء كان معلماً او ولى امر وبالتالي لا يتمكن من انجاز العمل المدرسى على اكمل وجه او لا يكمله وان اكمله لا يتوخى الدقة ولكن يظل الطفل مصغياً لفترة لا باس بها عند مشاهدته برامج التلفاز او اشرطة الفيديو حيث لا يتطلب زيادة تركيز او استيعاب ولعل الحركة المفرطة من اسباب نقص الانتباه لهذا الطفل .

و تتمثل أعراض نقص الانتباه فيما يلى :

- * صعوبة فى التركيز والانتباه .
- * ضعف الذاكرة .
- * الفشل فى التركيز والانتباه لتفاصيل الموضوع او النشاط .
- * صعوبة فى تنظيم المهمة أو النشاط الذى يقوم به .
- * القيام بعمل أخطاء تدل على عدم الاهتمام (واجباته المدرسية - العمل - النشاطات الأخرى التى يقوم بها) .
- * عدم الانصات عند الحديث معه .
- * عدم أتباع التعليمات والأوامر .
- * الفشل فى أتمام المهام التى تطلب منه .
- * يتجنب أو يرفض المشاركة فى النشاطات التى تحتاج الى تركيز وجهد فكري .

* يسهل عادة تشتيت انتباهه بالمؤثرات الخارجية.

* كثير النسيان في النشاطات اليومية.

* أحلام اليقظة.

* غير مرتب في نشاطه ودروسه ومظهره.

(McGough , 2005 : 3198-3204)

٢ - النشاط الزائد: Hyperactivity

هو حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول وهو نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر طويل المدى لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم في حركات جسمه بل يقضى أغلب وقته في الحركة المستمرة وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية ويظهر هذا السلوك غالبا في سن الرابعة حتى سن ما بين ١٤ - ١٥ سنة.

كما يعرف بأنه كمية الحركة التي يصدرها الطفل ولا تكون متناسقة مع عمره الزمني فالطفل في عمر الثانية يكون نشاطه الحركي نشط جداً نحو استكشاف البيئة لذا فهي مناسبة لعمره إلا أن نشاطاً مساوياً من قبل الطفل بعمر عشر سنوات خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطاً غير مناسب. (McGough , 2005 : 3198-3204)

وعند مقارنة حركة هؤلاء الاطفال بالاطفال العاديين فان هذه الحركة المفرطة تأخذ صورا عديدة تختلف باختلاف الاطفال واختلاف المواقف البيئية لكل طفل فيلاحظ على التملل المستمر والتارجح على الكرسي اثناء الجلوس عليه والانتقال من مكان الى اخر والتجول في الصف والقفز. ففرط الحركة يلزم هذا الطفل في كل تصرفاته وفي كل احواله في المنزل والروضة والشارع . فهؤلاء الاطفال على الرغم من زيادة نشاطهم وسرعة انطلاقهم الا انهم لا يرغبون في الالعاب الرياضية بسبب انها تتطلب قدرا بسيطا من النظام وهم لا يستطيعون ضبط انفسهم .

وتتمثل أعراض فرط الحركة (النشاط) فيمايلي :

- * كثير الكلام - وتعتبر من العلامات المميزة لفرط الحركة.
- * شعور دائم بالحاجة للحركة.
- * يتملل كثيراً - يحرك يديه أو قدميه - يتحرك على الكرسي.
- * عدم الجلوس فى نفس المكان لمدة طويلة.
- * ظهور علامات التضجر بسرعة.
- * يترك الكرسي فى الفصل - أو أماكن أو حالات مشابهة - بدون هدف أو سبب .
- * الركض واللعب والتسلق حتى فى الأوقات غير المناسبة أو الأماكن الخطرة.
- * اللعب بإزعاج دوماً .
- * يضايق الأطفال الآخرين ، ويقوم بتخريب لعبهم أو نشاطهم.
- * يجد صعوبة فى اللعب، أو مشاركة الآخرين فى الأنشطة التى يقومون بها بهدوء.
- * الفوضوية.
- * التصرف بسذاجة.

(Robin,1999:1027-1038)

٣ - الاندفاعية Impulsivity

هى نمط سلوكى يتضمن عدم مقدرة الطفل على ضبط السلوك والميل نحو الاستجابة دون تفكير لذلك يتصف الطفل الاندفاعى بسرعة التهيج والتهور لاسيما الأمور فمثلا يصر على اخذ اول لعبة يراها او يصر على ان يكون اول من يبدأ بهذه اللعبة بغض النظر عن ان كانت هذه لعبته او هى لغيره او ان دوره جاء اولاً وبسبب ذلك تحدث الخصومات بينه وبين اقرانه وايضا يتصف هذا الطفل بالتحدى والمعارضة والعناد حتى لو كان الحق لغيره . ان هذا الطيش والتهور يجعله عرضة لكثير من

الحوادث، والاصابات ويفقده صفة الاجتماعية والاستمرار في الصداقة فهو سلبى فى كسب صداقة الآخرين.

وتتمثل أعراض الأندفاعية فيما يلى :

- * الاستعجال فى الحديث والرد وعدم الانتظار.
- * يجيب على السؤال قبل أكماله.
- * يقاطع الآخرين كثيراً.
- * يجد صعوبة فى انتظار دوره.
- * الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب.
- * التهور .
- * الفوضوية.
- * سرعة الانفعال.
- * سهولة الإثارة.
- * تغير المزاج بسرعة.
- * اللامبالاة بعواقب الأمور.
- * الأنطوائية والخجل.
- * عدم القدرة على ضبط النفس.
- * عدم القدرة على التعبير عن النفس.
- * صعوبة فى اللعب وفى مشاركة الآخرين فى الأنشطة.
- * السلبية والابتعاد عن مناقشة الآخرين.
- * عدم التعاطف مع الآخرين.
- * عدم وجود علاقات جيدة مع الأطفال الآخرين.
- * افتقاد المهارات الاجتماعية مثل التحية والسلام على الآخرين.

ثانياً: الأعراض الثانوية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

١- ضعف الاستعداد والاداء الأكاديمي .

أظهرت الكثير من الدراسات التي تناولت العلاقة بين هؤلاء الاطفال ذوى نقص الانتباه وفرط الحركة وبين استعدادهم الأكاديمي , ان مستواهم الدراسي بصفة عامة منخفض مقارنة باقرانهم ويشكل ذلك قرابة ٩٠ ٪ من الحالات المشخصة وان نسبة ٤٥ ٪ من هؤلاء الاطفال تم ايقافهم عن المدرسة لفترة من الوقت بسبب مستواهم الدراسي المنخفض وسلوكياتهم وذكرت ايضا الاحصائيات ايضا ان ٤٠-٦٠ ٪ منهم يحتاجون الى خدمات تعليمية خاصة .

٢- ضعف العلاقة بالآخرين .

يعانى الاطفال ذوى نقص الانتباه وفرط الحركة من قلة الاصدقاء وصعوبة تكوين العلاقات مع غيرهم و هؤلاء الاطفال يواجهون صعوبات فى سلوكياتهم الاجتماعية مع الآخرين فيلاحظ عليهم الفوضوية وسرعة الانفعال والسلبية فهم لا ينالون قدرا من الاحترام والشعور الوجداني من الآخرين ويقدمون على تصرفات اجتماعية تبعدهم عن اقرانهم (Rappley,2005:165-173)

٣ - السلوك العدوانى Aggressive Behavior

يلاحظ على هؤلاء الاطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة (الذين تطغى عليهم صفة الاندفاعية وفرط الحركة) انهم يعانون من السلوك العدوانى وسرعة التهيج والمعادنة وعدم الاستجابة للوامر وتغلب عليهم صفة التحدى والمعارضة والاصرار على الخطأ وايضا لديهم حب الاستبداد والسيطرة على من حولهم دون توخى عواقب تلك التصرفات .

ويؤكد (Rappley,2005:165-173) على أن هناك اضطرابات عديدة

مصاحبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومنها :

* الاضطرابات السلوكية:

السلوك العدواني ،العناد ، والتمرد وعدم الطاعة باستمرار ، وتقلب المزاج ، وقلة الصبر ، سرعة الغضب وتختلف مستويات الاضطرابات السلوكية حسب حدة عجز الانتباه والنشاط الزائد .

* الاضطرابات الانفعالية:

مثل الاكتئاب - والقلق - والاندفاعية - الشعور بالنقص وانخفاض مفهوم الذات -الشعور بالوحدة سرعة الشعور بالإحباط - وانخفاض الإنجاز بالمدرسة - سرعة النسيان .

* عدم التوافق الاجتماعي:

يعانى هؤلاء الأطفال من عدم التوافق لأنهم يسببون الإزعاج لأقرانهم لذا يكونون غير مرغوب فيهم وذلك نتيجة لسلوكهم ، حيث يتسم سلوكهم بالتدخل فى أنشطة الآخرين ، ومقاطعة الأحاديث ، ويتسببون فى احرجات كثيرة لأسرته أمام الآخرين بسبب سلوكهم . كذلك هم غير مفهومين من الآخرين .

* صعوبات التعلم :

وتكون واضحة فى التحصيل الأكاديمي للطفل حيث تؤثر على مستوى تحصيله ونفوره من المدرسة والواجب المدرسى والموقف التعليمى عموماً.

كذلك هناك اضطرابات أخرى مثل اضطرابات القلق - الاضطراب الشخصى - والاكتئاب -العناد-التمرد- وانحراف السلوك -اضطرابات النطق - اضطرابات النوم- ضعف فى الذاكرة ولكن هذا لايعنى ان هذه الاضطرابات لا تكون الا لدى الأطفال اللذين لديهم فرط حركة ولكن قد يكون بعض منها لدى اطفال قد لا يكون لديهم اضطراب فرط حركة ولكن لديهم مشكلات أخرى

الاضطرابات التواصلية:

أن الاضطرابات التواصلية Communication disorders تعتبر القاسم المشترك الأعظم بين الأطفال المصابين بقصور الانتباه ، وقد أظهرت الدراسات أن

٨٥٪ من الأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة يعانون من أحد مشاكل اللغة والكلام المختلفة وأن ٣٥٪ يعانون من تأخر في بدايته كما أن ٥٤٪ يعانون من مشاكل في اللغة التعبيرية أكثر من اللغة الاستقبالية. وسنتناول الآن بعض هذه الاضطرابات.

* اللغة الاستقبالية (المهارات المتعلقة بفهم اللغة):

- ضعف الحصيلة اللغوية على المستوى المتقدم (المترادفات، الكلمة، وعكسها).
- تأخر الاستجابة المطرد.
- صعوبة فهم الاستعارات (المعنى الحرفي).
- ضعف الذاكرة.

* اللغة التعبيرية (المهارات المتعلقة باللغة التعبيرية اللفظية):

- قصر الجمل المستخدمة.
- أخطاء نحوية وصرفية عديدة.
- صعوبة إيجاد الكلمات.
- أخطاء في استخدام كلمات مترادفه.
- صعوبة استخدام المعاني غير الحرفية بطريقة مقبولة.
- * اللغة الوظيفية والعملية (المهارات المتعلقة بالاستخدام الصحيح للغة):
- صعوبة الاتصال البصري.
- صعوبة تبادل الأدوار.
- الانتقال غير المنطقي من موضوع لآخر.
- صعوبة ابتداء أو إنهاء حديث.
- صعوبة طلب معلومات محددة (تفاصيل).
- صعوبة رد التحية أو الابتداء بها.

- صعوبة عمل صداقات.
- انتفاء السلوك التعاوني خلال الأنشطة.
- عدم القدرة على التعامل مع الأحداث.
- عدم القدرة على التعبير عن الآراء.
- لغة الجسد المصاحبة للكلام وعدم منطقيتها وملاءمتها.
- * المهارات السمعية المهارات المتعلقة بمعالجة المعلومات السمعية:**
- حساسية زائدة للضوضاء.
- صعوبة إدراك وفهم الكلام أثناء وجود ضوضاء.
- قصور في الذاكرة السمعية للأوامر وعدم تذكر ما قبله .
- إعادة أو تنفيذ آخر مرحلة من الأمر وعدم تذكر ما قبله .
- سهولة التشتت من أى ضوضاء . (Dulcan,2003:24-41)
- المشكلات التي يسببها اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.**

١- مشكلات سلوكية.

أ- سلوكيات سلبية.

ب- سلوكيات عدائية: سرعة الانفعال، عدم الالتزام بالقوانين، الشعور بالغضب أو الضيق بسهولة، تحميل الآخرين المسؤولية، التعدي على حقوق الآخرين، سلوكيات ضد الأعراف الاجتماعية، الفوضى، الانحراف، الجريمة، العداء للمجتمع.

ج- سلوكيات العصيان.

٢- مشكلات وجدانية:

القلق والتوتر، الحصر النفسي، الكآبه، المزاجية، تدني الاعتداد بالذات.

٣- مشكلات اجتماعية:

الرفض من قبل الأقران، ضعف فهم الإحياءات الاجتماعية، يبدو أنهم ضعفاء

اجتماعيا، ضعف الأداء خلال اللعب أو الأنشطة المنظمة، مقاطعة الآخرين أثناء الحديث، إقحام أنفسهم قسرا للعب.

٤- مشكلات تعليمية:

عدم الاستيعاب، عدم الانتباه، ضعف الدافعية، الفشل المتكرر، إزعاج الآخرين، الميل للهزل، مشاكل فى أتباع التعليمات، ضعف التحصيل، الفشل فى إتمام الأعمال المدرسية. (Zarnetkin, 1999:40-46)

تصنيف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط "ADHD"

توجد ثلاث تصنيفات هامة وهى :

* تصنيف أمريكى متمثلا فى DSMIV

* تصنيف المنظمة العالمية للصحة ويسمى CIM 10

* التصنيف الفرنسى (7)CFTMEA

* تصنيف DSM IV الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات العقلية

الطبعة الرابعة (1994) IV

إن الأهمية الكبرى لهذا التصنيف يتمثل فى كونه نسقا متعدد المحاور :

* المحور الأول : توجد فيه المتلازمات الإكلينيكية (اضطرابات حصرية - اضطرابات المزاج...).

* المحور الثانى : توجد فيه اضطرابات الشخصية والإضطرابات الخاصة بالنمو و الإضطرابات التى تظهر خصوصا فى الطفولة المبكرة ، و الطفولة الوسطى ، و الطفولة المتأخرة ، والمراهقة.

* المحور الثالث : يضم الأمراض والإضطرابات الجسدية.

* المحور الرابع : يعطينا مقياس لتقدير خطورة عوامل الإجهاد النفسى - الاجتماعى .

* المحور الخامس : يقدر مستوى التكيف الاجتماعى .

وقد قسمت الرابطة الاميركية للطب النفسى فى دليلها للتشخيص الاحصائى للاضطرابات العقلية، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الى ثلاثة انواع:

* فرط النشاط الاندفاعى:

الطفل الذى يعانى من هذا النوع لا تظهر عليه اللامبالاة، ولكن تظهر عليه الأعراض التالية :

- * تملل الأيدي أو الأرجل أو التلوى فى المقعد.
- * عدم القدرة على الجلوس لمدة طويلة أو اللعب بهدوء.
- * الجرى والقفز أكثر من اللازم وبدون مناسبة.
- * التحدث كثيرا أو عندما لا ينبغى له أن يتحدث.
- * الصياح بالإجابة قبل سماع السؤال كاملا.
- * لا يفهم أدب الانتظار.
- * مقاطعة الآخرين عند التحدث.
- * يكون ملولا وكثير الحركة.

* النوع اللامبالى :

الطفل الذى يعانى من هذا النوع لا تظهر عليه اعراض فرط النشاط الاندفاعى، ولكن تظهر عليه الأعراض التالية :

- * عدم التركيز لمدة طويلة.
- * تشتت انتباهه بسرعة.
- * عدم الاهتمام بالتفاصيل.
- * يرتكب العديد من الأخطاء.
- * يفشل فى استكمال انشطته.
- * يجد صعوبة فى تذكر الأشياء.

- * ليس بمستمتع جيد، وإن استمتع لا يركز.
- * لا يبالي كثيرا بالنظام.
- * يتجنب المهام التي تتطلب جهدا ذهنيا متواصلا.

* النوع المركب:

يجمع هذا الطفل بين اعراض اللامبالاة وأعراض فرط النشاط الاندفاعي، والاضطراب المركب من أكثر الأنواع شيوعا ويتم التشخيص عادة عندما تظهر ستة اعراض او اكثر تستمر لمدة لا تقل عن ستة اشهر قبل ان يبلغ الطفل سبع سنوات. من المعروف ان الاطفال لديهم طاقة كبيرة وكثيرو الحركة، وليس لديهم قدرة على التركيز لفترات طويلة، ويميلون بسرعة من اللعب بلعبة واحدة.

(American Psychiatric Association, 2000:85-103)

تصنيف CIM 10 التصنيف العالمي للأمراض الطبعة العاشرة؛ (١٩٩٢)

يعد تصنيف المنظمة العالمية للصحة (OMS) تطورا كبيرا مقارنة بالمفاهيم الامريكية والمفاهيم الأوروبية، وإذا كان تصنيف DSM قد تخطى عن ذكر العصابات والذهانات فإن تصنيفا CIM10 وCFTMEA يرجعان إليها وتندرج الإضطرابات وفق هذا التصنيفين ضمن قسمين كبيرين هما

١- إضطرابات النمو النفسى:

(أ) إضطرابات خاصة فى نمو الكلام واللغة .

- * إضطرابات إكتساب النطق.
- * إضطراب إكتساب اللغة التعبيرية.
- * إضطراب إكتساب اللغة الإدراكية .
- * الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع.
- (ب) إضطرابات خاصة بالإكتسابات المدرسية.

* إضطراب خاص فى القراءة Lecture

* اضطراب خاص في رسم الحروف Orthographe

* اضطراب خاص في الحساب.

* اضطرابات مختلطة في الإكتسابات المدرسية .

(ج) اضطراب خاص في النمو الحركي.

(د) اضطرابات خاصة مختلطة في النمو.

(هـ) اضطرابات خطيرة في النمو.

* متلازمة RETT

* متلازمة HELLER

* فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلي وحركات مقولبة

* متلازمة أسبرجر ASPERGER

٢- اضطرابات السلوك والاضطرابات الإنفعالية التي تظهر في العادة في سن الطفولة أو المراهقة.

(أ) اضطرابات فرط الحركة.

* اضطراب النشاط والانتباه.

* اضطراب فرط الحركة واضطراب السلوك.

(ب) اضطرابات سلوكية.

* اضطرابات في المحيط الأسرى.

(ج) اضطرابات مختلطة للسلوكيات والإنفعالات.

* اضطرابات سلوكية مع إكتئاب.

(د) اضطرابات إنفعالية تبدأ خاصة في الطفولة

* قلق الانفصال في الطفولة.

* الخوف.

* المنافسة الأخوية.

(هـ) اضطراب الأداء الإجتماعى فى الطفولة والمراهقة.

- * اضطراب إنعكاسى فى التعلق الطفولى .
- * اضطراب التعلق مع العجز عن التثبيط (Désinhibition).
- * اضطرابات فى الأداء الإجتماعى فى الطفولة.

(و) اللزمات.

(ز) اضطرابات أخرى فى السلوك.

- * تبول لاإرادى لاعضوى
- * تبرز لا إرادى لا عضوى.
- * اضطراب التغذية.
- * شهوة الطين (PICA).
- * حركات متعكسة.
- * تأتأة (MTA Cooperative Group,2004:762-769)
- * تصنيف CFTMEA التصنيف الفرنسى للإضطرابات العقلية عند الطفل والمراهق (١٩٨٨).

١-الذهانات :

- * عدم التناغم الذهانى.
- * ذهان فصامى فى الطفولة.
- * ذهان فصامى فى المراهقة.
- * ذهانات مع تعكر المزاج.
- * ذهانات حادة (National Institute of Mental Health, 2003)

أثر اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على الطفل:

الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه قد تقل أو يمكن التحكم فيها من خلال العلاج الدوائي والنفسي السلوكي والتربوي، ولكن هذه الأعراض قد يكون لها تأثير على نمو الطفل النفسي والعضوي والاجتماعي، فتؤدي إلى اضطرابات نفسية أخرى مثل ضعف الثقة بالنفس، ضعف العلاقات الاجتماعية في المنزل وخارجه، سوء التحصيل الأكاديمي، وغيرها، مما يؤثر على مستقبل الطفل في الحياة، ويسبب له بعض المشاكل. ويشير (Zarnetkin, 1999:40-46) الى بعض هذه المشاكل على النحو التالي :

١- العلاقة مع الوالدين والأسرة:

الأعراض المتعددة لهذه الحالة كفرط الحركة وقلة الانتباه، عدم أطاعة الأوامر، عدم الترتيب والفوضى، يجعلهم يصفونه بأنه طفل شقي عنيد لا يسمع الكلام، لهذا يتعرض لمعاملة قاسية وضرب متكرر، فيغضب ويتأثر نفسياً لأن الوالدين والأسرة لا يستطيعون تقدير ظروفه المرضية بل يزدون من عقابه، مما يجعل هناك اضطراب في العلاقة بين الوالدين والطفل، لذا فإن معرفة الوالدين للحالة وكيفية التصرف مع المواقف قد تمنع الكثير من الانعكاسات النفسية في مستقبل الطفل.

٢- العلاقة مع المدرسين:

الكثير من المدرسين درسوا ضمن المنهاج الدراسي حالة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ولكن قد ينسون أو يتناسون مثل هذه الحالات، فيصفونه بالطفل المشاغب الكسول، يعاملونه بقسوة، يكثر من الشكوى منه ونقده، وتضطرب العلاقة بين الطفل والمعلم، ويزداد الفشل الدراسي، وإذا علمنا أن أغلب حالات فرط الحركة وقلة الانتباه يتم التعرف عليها وتشخيصها من قبل المدرسين، ادركنا أهمية رفع الوعي لدى المدرسين وكيفية تعاملهم مع تلك الحالات، ومنع المشاكل قبل حدوثها.

٣- التحصيل العلمي:

القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية، وتكمن المشكلة

الرئيسية فى عدم قدرتهم على التركيز، ومن ثم عدم الاستفادة من المعلومات والمثيرات من حولهم، وكثيراً ما يعيدون دراسة المرحلة بسبب الرسوب، وبعض الأطفال يكبرون وهم فاشلون دراسياً، ويكون تحصيلهم العلمى اضعف من بقية أهلهم وأقرانهم.

٤-العلاقات مع الأطفال الآخرين:

الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه لديه الكثير من الأعراض التى تؤدى إلى عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية وصداقة مع الأطفال الآخرين، فهو أندفاعى بطبعه، لا ينتظر دوره فى اللعب، لا يكمل اللعبة التى يقوم بها، يقاطع الآخرين فى الكلام واللعب، لا يعطى الآخرين الفرصة ، عنيف فى تعامله معهم، كثيراً ما يقع فى خصام معهم، لذلك نراهم يبتعدون عنه بالتدريج، يحاولون الابتعاد عنه وعدم اللعب معه ما أمكن، مما يجعله يشعر بالعزلة ، ويزيد من سوء تعامله معهم.

٥- الثقة بالنفس:

تتكون الثقة بالنفس نتيجة ردود الفعل لما يقوم به الفرد نحو الآخرين، وما يقوم به الآخرين نحوه، والطفل المصاب بفرط الحركة وقلة الانتباه علاقاته سيئة مع المجتمع من حوله سواء فى المنزل أو الشارع أو المدرسة، وردود الفعل نحو ما يقوم به سيئة، ومن داخله فهو لا يقوم بأشياء تستوجب ردود الفعل الحسنة والثناء، فهو لا ينجز عملاً، سىء التعامل مع الآخرين، لا يستمع للأوامر، من هنا تتكون لديه صورة سيئة عن نفسه، ويفقد الثقة فى التعامل مع الآخرين ومن ثم يفقد الثقة فى نفسه.

٦-القلق والاكتئاب:

نتيجة للانعكاسات السلبية لفرط الحركة وقلة الانتباه، وعدم قدرته على السيطرة على تصرفاته غير الطبيعية، والمعاناة والضغط النفسى التى يواجهها الطفل، وعلاقاته الاجتماعية السيئة فى المنزل والشارع والمدرسة، كلها تنعكس سلباً على حالته النفسية، فتؤدى إلى اضطراب المزاج، الاكتئاب والقلق، وغيرها من الأمراض النفسية.

تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

متى يتم التشخيص؟

اضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه حالة نمائية، أى أن الطفل يصاب بها فى مرحلة الحمل وقبل الولادة، ويمكن تشخيصها فى أى مرحلة عمرية معتمدة على شدة الأعراض ونوعيتها، ولكن بعض تلك الأعراض تحدث بشكل متكرر لدى الأطفال الطبيعيين خلال مرحلة النمو، لذا يكون من الصعوبة القدرة على التشخيص الكامل، ولكن عند دخول الطفل للروضة (خمس - ست سنوات) ، فهناك العديد من العوامل التى تساعد على ظهور الأعراض مثل البيئة المدرسية واختلافها عن المنزل، الضغوط التى يواجهها الطفل فى الروضة، كما أن الأعراض التى يتم تجاهلها فى المنزل كأعراض طبيعية يمكن أبرازها فى الروضة.

كيف يتم التشخيص؟

يتم التشخيص من خلال الفحص الطبى لأستبعاد الحالات المرضية الأخرى، كما يتم التقييم الطبى والنفسى من خلال معايير مقننة لكل مرحلة عمرية، كما يتم متابعة الطفل وملاحظة التغيرات التى تحدث - والسلوكيات، وتسجيلها من خلال الوالدين والمدرسين ومن يقوم برعايته.

ما هى طرق الكشف والتشخيص ؟

* السيرة المرضية والكشف السريرى.

* المقابلة الشخصية.

* جمع البيانات السلوكية.

* التقييم النفسى والتربوى.

ما هى معايير التشخيص ؟

* مدة أستمرار الأعراض : تكون الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر على الأقل

* عمر الطفل عند ظهور الأعراض : ظهور الأعراض - بعضها - قبل

السادسة من العمر.

* عدد الأعراض الظاهرة .

* درجة الخلل التي سببها الاضطراب في حياة الطفل الاكاديمية والاجتماعية .

* الاحتمالات الأخرى المسببة للأعراض - مثل القلق والاكتئاب، اضطراب الشخصية، الهستيريا، الفصام، وغيرها .

من الذى يقوم بالتشخيص؟

حالة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حالة سلوكية، وتشخيصها يعتمد على الملاحظة المستمرة لسلوكيات الطفل خلال حياته اليومية، فى المنزل والشارع والمدرسة، ولذلك فإن التشخيص والعلاج يعتمد على مجموعة من الأفراد الذين يقومون برعاية الطفل ، وهم :

* الطبيب النفسى .

* طبيب الأطفال .

* والدى الطفل .

* من يقوم برعاية الطفل .

* المعلم - المرشد الطلابى .

كيف يتم التقييم؟

أعراض هذا المرض تتداخل مع أعراض أمراض نفسية وسلوكية أخرى كالقلق - التوحد- صعوبات التعلم - اضطراب السلوك، وغيرها، لذا لابد من التعرف على قدرات وكفاءات الطفل الرئيسة وهى:

* - القدرات السلوكية Behavioral Competence

* الكفاءات - القدرات الاكاديمية والتعليمية Academic Competence

* الكفاءات - القدرات الاجتماعية Social Competence

* قدرات الذكاء Intelligence Quotion

ما هي الادوات المستخدمة فى التقييم؟

هناك العديد من المقاييس المستخدمة لتقييم حالة الطفل، وتلك تحتاج إلى ملء بعض الاستبيانات والمقاييس لمعرفة سلوكيات الطفل فى البيئات المختلفة (المنزل - الشارع - المدرسة) ، وتعتمد على الملاحظة الميدانية لما يقوم به الطفل فى حياته اليومية، ويقوم بتعبئة هذه الاستبيانات الوالدين ومن يقوم برعاية الطفل، كما يقوم بها المعلم أو المرشد الطلابى فى المدرسة، تلك الاستبيانات تعطى صورة عن حالة الطفل يمكن من خلالها الحصول على التشخيص الحقيقى للحالة ، كما يمكن عن طريقها معرفة مدى تقدمه فى العلاج، ومن الادوات المستخدمة:

١- المقابلات: Interviews:

وتضم المقابلات:

(أ) مقابلة الوالدين والأطفال بهدف جمع المعلومات المتصلة بالمشكلة .

(ب) المقابلات المنظمة وتتبنى الاتجاه التصنيفى فى التقييم بحيث ينقسم الاضطراب إلى فئتين هما اضطرابات موجودة واضطرابات غير موجودة وذلك بناء على معايير تشخيصية تم وضعها بعد دراسة دقيقة للأدبيات البحثية وعادة ما يتوافق شكل ومحتوى المقابلات المنظمة مع المعايير فى الأدلة التصنيفية للطب النفسى مثل الدليل التشخيصى والإحصائى .

ويعد الدليل التشخيصى والإحصائى للرعاية الآلية للطفولة والمراقبة نظام تصنيف يمكن العاديين من وصف متغيرات سلوكية تتراوح بين البسيطة وحتى الشديدة .

٢- المقاييس .

١-مقياس كونرز: CONNERS

ويتضمن مجموعة من الفقرات تمثل خصائص الأطفال ذوى النشاط الزائد وتكون الإجابة عليه باختيار وصف لسلوك الطفل والذى يتراوح بين (لا يحدث إلى

يحدث كثيراً). إضافة لضرورة التشخيص الطبى يؤكد أو ينفى أن السلوك المضطرب ناتج عن حالة صحية طبية أو لا.

ب - مقياس أديس ADDES Scale
Attention Deficit Disorder Evaluation

(للمعلمين - للوالدين)

ج- مقياس أيدل بروك - إخباخ Adel broch & Achebach

د- قائمة تحديد سلوك الطفل CBCL - Child Behavior Check List

وهى أكثر مقاييس التقدير استخداماً ومنها استمارات آسنباك Asnbak ومقاييس إفادة المدرس واستمارة الطفل والتي تتكون من ١١٢ فقرة تقييم مشكلات السلوك وينود إضافية متعددة لتقييم الكفاية الاجتماعية.

هـ- مقياس التقدير IV لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كما وردت فى الدليل التشخيصى الإحصائى حيث يجب إعادة الصياغة لتحقيق غايتين الاختصار والوضوح ويستخدم مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ - ٨ سنة.

و- مقاييس التقدير: scales Rating

وفيه يطلب مقدمى المعلومات قياس أداء الفرد فيما يتصل بسلوكيات معينة وفق مقياس يتكون من ثلاث إلى خمس نقاط تتراوح بين (لا مطلقاً وكثيراً جداً). وتستخدم إجراءات إحصائية لتحديد الوضع التقريبى للفرد بالنسبة لأفراد آخرين من نفس سنه وجنسه. وتصنف مقاييس التقدير إلى نوعين:

* مقاييس تقييم مجموعة واسعة من السلوكيات مثل السلوك الفوضى أو العدوانى والمشكلات الانفعالية والسلوكية أو مشكلات علاقات الأقران.

* مقاييس تقييم مجموعة محددة من المشكلات.

متى ينبغى توقع وجود الاضطراب؟

هناك العديد من النقاط التى تحدد هذا التوقع هى:

* فرط الحركة الذى يعيق الطفل حتى عن اللعب مع الآخرين.

* الفشل الدراسي.

* الاصابات المتكررة بسبب كثرة الوقوع.

* الاندفاعية الزائدة.

* عدم القدرة على التركيز في المذاكرة - في اجواء الصخب كصالة المنزل مثلاً.

ما هي الأسباب المؤدية لعدم التشخيص المبكر؟

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي لعدم التشخيص المبكر للحالة ومنها:

* تجاهل سلوكيات الطفل واعتبارها تصرفات طبيعية - شقاوة - دلع.

* التدليل والحماية الزائدة من قبل الوالدين.

* إهمال الطفل في وجود التفكك العائلي.

* الاعتقاد بوجود تخلف عقلي لدى الطفل ومن ثم عدم تشخيصه.

* وجود إصابة أخرى مرضية مثل ضعف السمع أو النظر.

هل يمكن إجراء التشخيص قبل دخول المدرسة؟

عادة ما تبدأ الأعراض المرضية في الظهور قبل سن الرابعة من العمر، وتزداد مع دخول الطفل للمدرسة، لتكون الأعراض واضحة وجلية بين الثامنة والعاشرة من العمر، ومن الأسباب المؤدية لذلك هي :

* تعود الوالدين على سلوكيات الطفل واعتبارها شيئاً عادياً أو شقاوة.

* بيئة المدرسة والانضباطية تجعل الأعراض أكثر وضوحاً.

* زيادة التوتر والقلق.

* عدم وجود الحماية من الوالدين.

* التنافس مع الأطفال الآخرين.

(Wilens,2003:179-185)

قواعد التشخيص:

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بوضع مقاييس للتشخيص ، وتم نشره من خلال الدليل التشخيصى للاضطرابات النفسية فى صورته الرابعة DMS-IV، حسب الشروط التالية:

- * أن يتم إجراء الاختبارات على الطفل.
- * أن تكون بداية ظهور الأعراض قبل سن السابعة.
- * أن تكون جميع الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر أو أكثر.
- * أن تظهر الأعراض على الأقل فى بيئتين مختلفتين أو أكثر (المنزل - المدرسة - الشارع).
- * أن تكون تلك الأعراض قد أثرت على مستواه الأكاديمى والاجتماعى تأثيراً واضحاً.
- * الأعراض لا تكون محسوبة على أمراض أو حالات أخرى مثل القلق والاكتئاب، اضطراب الشخصية، الهستيريا، الفصام، وغيرها.
- * اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه - مع سيطرة نقص الانتباه.
- أن يكون هناك ستة أعراض على الأقل من أعراض نقص الانتباه.
- * عادة ما يفشل فى التركيز والانتباه لتفاصيل الموضوع، أو أن يقوم بعمل أخطاء تدل على عدم الاهتمام فى واجباته المدرسية، العمل، أو الأنشطة الأخرى التى يقوم بها.
- * عادة يكون لديه صعوبة فى التركيز والانتباه للعمل أو اللعب.
- * عادة لا ينصت عندما يتحدث معه.
- * عادة لا يقوم باتباع التعليمات والأوامر، كما يفشل فى أنمام المهام التى تطلب منه.
- * عادة ما يجد صعوبة فى تنظيم المهمة التى يقوم بها أو النشاط.

* عادة يتجنب، ولا يرغب، أو يرفض المشاركة في الأنشطة التي تحتاج الى تركيز وجهد فكري.

* عادة ما يفقد الأشياء الضرورية للقيام بالمهام أو الأنشطة.

* يسهل عادة تشتت انتباهه بالمؤثرات الخارجية.

* عادة ما يكون كثير النسيان في الأنشطة اليومية.

* اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه - مع سيطرة فرط الحركة - النشاط.

أن يكون هناك ستة أعراض على الأقل من أعراض فرط الحركة - النشاط والاندفاعية.

(أ) فرط الحركة - النشاط.

* عادة ما يتلملح كثيراً ، يحرك يديه أو قدميه ، أو يتحرك على الكرسي .

* عادة ما يترك الكرسي في الفصل - أو أماكن أو حالات مشابهة - وهي غير منطقية (في المراهقين والشباب قد تكون محصورة من خلال التعبير عن الملل وعدم الارتياح) .

* عادة ما يجري ويتسلق الأشياء بكثرة ، وفي حالات يعتبر هذا العمل غير منطقي (في المراهقين والشباب قد تكون محصورة من خلال التعبير عن الملل وعدم الارتياح) .

* عادة ما يجد صعوبة في اللعب ، أو مشاركة الآخرين في الأنشطة التي يقومون بها بهدوء .

* عادة "on the go" or acts as if "driven by a motor" Is often

* عادة ما يتكلم بكثرة .

(ب) الأنففاعية :

* عادة ما يجيب على السؤال قبل أكتماله .

* عادة ما يجد صعوبة في انتظار دوره

* عادة ما يقاطع الآخرين . or intrudes on others .

*** اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه - مع تواجد فرط الحركة وقلة الانتباه سوياً.**

أن يكون هناك ستة أعراض على الأقل من أعراض نقص الانتباه - ضعف التركيز، وستة أعراض على الأقل من أعراض فرط الحركة (النشاط) والاندفاعية.

(American Psychiatric Association ,2000:85-103)

التشخيص والصورة الإكلينيكية:

تظهر أعراض المرض في الحالات التي تتطلب الهدوء والانضباط وأفضل مثال على ذلك المدرسة أو الروضة وتقل القدرة على مراقبة وتمييز أعراض المرض عن التصرفات الطبيعية وشقاوة الأطفال في أوضاع معينة مثلاً أثناء اللعب في الأماكن المفتوحة ومع الأطفال الآخرين وتقل أيضاً أثناء المراقبة لسلوك الطفل بشكل فردي كوجود الطفل في عيادة الطبيب. يرتبط تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بوجود زيادة في الحركة أو اندفاعية وكذلك نقص واضح في انتباه الطفل في البيت كما هو في المدرسة أيضاً. حيث إن أحد الخصائص المهمة لهذا الاضطراب هي عدم قدرة الطفل على الاحتفاظ بتركيزه لفترة كافية وسهولة تشتيت انتباهه عما كان يقوم به أو ما يكلف به من مهام حتى لو بسيطة جداً كمجرد الاستماع لجملة واحدة. وفي المدرسة يظهر هؤلاء ضعفاً واضحاً في استيعاب التعليمات وتنفيذها . وغالباً ما يبذل المعلم مجهوداً أكبر معهم في التحكم في تصرفاتهم وتنبيههم لسلوكهم . كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبة في الدراسة سواء في القراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية... الخ. يعتبر تقرير المعلم عن الطفل من أهم أدوات التشخيص سواء من ناحية سلوكه أو أدائه الدراسي وتحصيله والمشاكل التعليمية الأخرى التي ذكرت أعلاه وكذلك من ناحية علاقته مع الأطفال الآخرين وعند عمل المقاييس النفسية للمساعدة في التشخيص أو في متابعة العلاج فإنه يتم الطلب من المعلم تعبئة نموذج

التقييم كما هو الحال بالنسبة لوالدى الطفل أيضاً كما تظهر هذه المقاييس النفسية كيفية تعامل الطفل مع مشاكله. يلاحظ المعلمون شدة حماس واندفاع هؤلاء الأطفال لأى امتحان أو سؤال يطرح ولكنهم يفقدون حماسهم بعد بداية إجابتهم وانشدادهم لأى مؤثر خارجى طارئ قد لا يشكل أهمية كبيرة لهم أو لدروسهم. كما يلاحظ المعلمون أن هؤلاء الأطفال يرفعون أيديهم للإجابة على سؤال حتى قبل أن يكمله المعلم أو حتى قبل أن يعرف الطفل المطلوب من السؤال. (Robin,1999:1027-1038)

يلاحظ المعلمون أيضاً بعض السلوك الانعزالي والشعور بالرفض من الآخرين على الطفل المصاب. قد يظهر ذلك على شكل العدوانية مع الأطفال الآخرين أو المعلم أو على شكل إيذاء للنفس كأن يضرب نفسه بما يتناوله فى يده من أشياء. وفى المنزل يجد الوالدان صعوبة مع الطفل فى إطاعة أوامرهم ويتصرف بان دفاعية ودون تفكير مسبق فمثلاً يندفعون فى الحديث ومقاطعة المتحدثين والدخول فى موضوع لا يعنيههم وقد يصفهم الضيوف بسوء الأدب والفضولية. ويتميز هؤلاء الأطفال بتقلب المزاج والعصبية الزائدة. كما أن حجم معاناة هؤلاء الأطفال تزداد عندما يدركون أنهم (مشكلة) مما ينتج عنه الإحساس بالنقص. كما فى المدرسة فإن حماس هؤلاء الأطفال كبير لكل تغيير فى المنزل كوصول ضيوف أو تغيير الأثاث أو ترتيبه أو أى مهمة جديدة يكلف بها فيبدأ بالعمل سريعاً ولكن يفشل فى إكماله وينتقل إلى نشاط أو مؤثر خارجى آخر بسهولة. كما يتعرض الأطفال المصابون للحوادث المنزلية كثيراً فيتطلب الحفاظ على سلامتهم جهداً كبيراً من الأم. وفى الحالات التى تطفى كثرة الحركة والاندفاعية على باقى الأعراض تكون أسرع فى طلب الخدمة الطبية لما تسببه من إزعاج للآخرين وتكون من السهل تشخيصها أكثر من الحالات التى تطفى نقص الانتباه. (Schweitzer,2001:757-777)

وقد يظهر الفحص النفسى الإكلينيكي وجود اكتئاب وبعض الاضطراب الطفیف فى طريقة التعبير عن التفكير كترديد نفس الإجابة على أسئلة تطرح على الطفل المصاب بـ فرط الحركة ونقص الانتباه قد يظهر الفحص الجسماني سوء تنسيق بين وظائف حواس الطفل كالنظر والسمع دون تدنى القدرة على السمع أو النظر. كما أنه

من غير المستغرب أن يكون لدى الطفل سوء التنسيق في الحركة العضلية العصبية. وأيضاً قد يعاني الطفل من مشاكل في الذاكرة لعدم قدرته على التعامل مع المعلومة التي تصله من البيئة المحيطة به بالشكل الطبيعي. قد تبدأ أعراض المرض في سن مبكرة جداً وذلك بمجرد أن يبدأ الطفل بالمشي والحركة الحرة ولكن من النادر أن تشخص حالته قبل سن الثانية أو الثالثة. قد يلاحظ على الطفل الرضيع المعرض للإصابة بالمرض بأنه حساس جداً للمؤثرات الخارجية كالأصوات أو الأصواء والحرارة أو تغير في البيئة المحيطة به كما أن نومه قليل جداً ومتقطع وبكاؤهم متواصل ومن الصعب تهدئته عند تعرضه للإزعاج. وفي أوقات أخرى يلاحظ عليه العكس من ذلك تماماً فتقل استجاباته لهذه التغيرات فيظهر عليه الاسترخاء والنوم معظم الوقت. (Schweitzer,2001:757-777)

صعوبات التشخيص:

يواجه تشخيص اضطراب نقص الانتباه العديد من الصعوبات بسبب:

- ١- عدم وجود معايير موحدة لقياس مستويات النشاط الطبيعي، ومدى قصر توقيت التركيز بالإضافة إلى تحديد نظم طرق معينة على أساسها يمكن التأكد من أن هناك اضطراب نفسي مصاحب له. (ADHD)
- ٢- التقارير المتناقضة بين الأهل والمعلمين والاختصاصيين في الصحة العقلية حول مستوى النشاط وقصر فترة التركيز والانتباه في بعض حالات (ADHD)، وإذا ما كانت هذه المشاكل تشكل اضطراب نفسي يستدعي التشخيص والعلاج.

- ٣- السلوك المتناقض للأطفال حيث يميلون إلى التصرف بشكل أفضل عند وجودهم في بيئة مختلفة وأقل إحراجاً، أو في صفوف صغيرة أو من خلال طريقة جديدة لتقديم العروض المدرسية ويمنزل عائلي أقل فوضوية. ما يجعل أعراض الحركة المفرطة وصعوبة التركيز متفاوتة وغير ثابتة مع الوقت.

ويتطلب تشخيص الطفل مع اضطراب النشاط المفرط والمنقص في الانتباه التأكد أولاً من سلامة أجهزة النظر والسمع والكلام، واختبار مستوى الذكاء واختبار للإنجاز الأكاديمي، تقييم لسلوك الطفل، بالإضافة إلى بعض الفحوص المخبرية، ولكن الأكثر أهمية هو المقابلات مع الآباء والمعلمين، والأطفال أنفسهم للتزود بلمحة تاريخية مفصلة عن الأعراض السلوكية وتطويرها.

ويتضمن التقييم الطبي تفاصيل منذ فترة الولادة بالإضافة إلى أبرز التطورات المرضية في حياة الشخص. كما أن ملاحظة سلوك الطفل في العيادة مهمة أيضاً، حيث السلوك الشديد والنشاط المندفع يمكن أن يقدر بسهولة بالإضافة إلى البحث عن أى تشوه خلقى كوجود أعراض المتلازمة أكس الحساسية أو المتلازمة تيرنز وغيرها، أو وجود بقع جلدية بيضاء Hypopigmented macules مما ينبه أو يشير إلى وجود أمراض ويرتبط كليهما بصعوبات في التعلم. كما يتضمن الفحص الطبي فحصاً عصبياً كاملاً للتأكد من عدم وجود أى خلل أو ضعف في Hemiparesis أو عدم تناسق في الحركات. أما وجود أو عدم وجود الإشارات الناعمة كحركات متكررة في اليدين أو الرجلين ليس لها أى أهمية خاصة أنها لا تؤثر على التشخيص والعلاج. وعند وجود خلل عصبى أو عدم القدرة على التعلم بشكل تدريجى، يتضح بالقيام بمسح CTscan للدماغ للبحث عن أى عيوب بؤرية في الدماغ.

(Dulcan,2003:24-41)

المسار والمآل لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

مسار المرض متغير ومتنوع. قد تستمر الأعراض إلى سن المراهقة أو حتى البلوغ وقد تتغير صورة المرض وأعراضه مع الوقت فقد تختفى كثرة الحركة وتستمر الاندفاعية ونقص الانتباه مثلاً. من الأعراض التي تتحسن مبكراً كثرة الحركة أما تشتت الانتباه فيكون من أكثر صور المرض وأعراضه استمرارية. من الأمور التي تؤثر في مسار المرض ومآله وجود تاريخ أسرى للإصابة بالمرض، ظروف أسرية أو حياتية سيئة، وجود اكتئاب أو قلق أو سلوك غير مستحب مصاحب للمرض. كل هذه العوامل قد تؤجل الشفاء من المرض. وعادة لا تتحسن حالة المريض بشكل كامل قبل

سن ١٢ سنة وعادة ما يحصل التحسن الكامل بين سن ١٢ والـ ٢٠ من العمر. وعندما يحصل هذا الشفاء الكامل فإن تأثير المرض يكون طفيفاً وتكون حياة المريض وشخصيته وإنجازه في الحياة طبيعياً أو يقترب من الطبيعي المتوقع منه. وعندما لا يحصل الشفاء الكامل فيظل المريض معرضاً لظهور اضطرابات نفسية أخرى كظهور السلوك المعادي للمجتمع

واضطرابات القلق. وعادة ما تستمر الصعوبات في القدرة على التعلم بشكل طبيعي مدى الحياة إذا لم يحدث الشفاء الكامل. تستمر الحالة إلى سن البلوغ في ما نسبته ١٥ إلى ٢٠٪ من المرضى ولكن ليس بنفس الأعراض أو الشدة كما في الطفولة فتختفي كثرة الحركة كما أسلفت وتستمر أعراض أخرى كنقص الانتباه وسهولة التعرض للإصابة والحوادث. وبالرغم من تدني تحصيلهم العلمي إلا أن أدائهم في الوظائف لا يختلف عن الأشخاص الطبيعيين. عموماً فإن العلاج المبكر للحالة والتحكم في الظروف الأسرية المحيطة بالمريض تغير مسار المرضى إلى الأفضل ويعطى نتائج أفضل.

خطوات إعداد الاختبار

وصف الاختبار:

هدف الاختبار:

يهدف اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة إلى التعرف على الأطفال الذين يتعرضون لخطر المشكلات الأكاديمية أو الاجتماعية، والسلوكية، ولكن لهذا الاختبار أن يزود المعلمين وأولياء الأمور بمعلومات عن أنماط سلوك أطفالهم حتى يمكن إجراء التعديلات الضرورية من خلال البرامج المقدمة لهم.

المصادر التي اعتمد عليها عند إعداد الاختبار:

Lamberg, L. (2003)& Wilens, Et Al (2003)& Brue, Oakland (2002)& Dul Can, Martini (2003).

*مقياس كورنرز (للمعلمين - للوالدين) .

* مقياس أديس Scale ADDES

Attention Deficit Disorder Evaluation (للمعلمين - للوالدين)

* مقياس ايدل بروك - إخباخ Adel broch & Achebach

*مقياس قائمة تحديد سلوكيات الطفل Child Behavior Check List - CBCL

محتوي الاختبار:

يتكون الاختبار من سبعة أبعاد يقيسها ٧٠ عبارة وذلك بغرض التعرف على اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال الروضة وذلك كما يتضح في جدول (١).

جدول (١)

محتوي اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لطفل الروضة

الأبعاد	عدد العبارات	العبارات
١- نقص الانتباه	١٠	١، ٨، ١٥، ٢٢، ٢٩، ٣٦، ٤٣، ٥٠، ٥٧، ٦٤
٢- فرط الحركة	١٠	٢، ٩، ١٦، ٢٣، ٣٠، ٣٧، ٤٤، ٥١، ٥٨، ٦٥
٣- الاندفاعية	١٠	٣، ١٠، ١٧، ٢٤، ٣١، ٣٨، ٤٥، ٥٢، ٥٩، ٦٦
٤- صعوبات أكاديمية	١٠	٤، ١١، ١٨، ٢٥، ٣٢، ٣٩، ٤٦، ٥٣، ٦٠، ٦٧
٥- القلق	١٠	٥، ١٢، ١٩، ٢٦، ٣٣، ٤٠، ٤٧، ٥٤، ٦١، ٦٨
٦- الاكتئاب	١٠	٦، ١٣، ٢٠، ٢٧، ٣٤، ٤١، ٤٨، ٥٥، ٦٢، ٦٩
٧- العناد	١٠	٧، ١٤، ٢١، ٢٨، ٣٥، ٤٢، ٤٩، ٥٦، ٦٣، ٧٠

التعليمات وطريقة التطبيق:

تقوم المعلمة أو الأم بملاحظة سلوك الطفل بدقة، ووضع علامة (صح) أمام الاختيار المناسب الذي يصف سلوك الطفل. وذلك من الاختيارات الخمس التالية:

لا يحدث يحدث نادراً يحدث أحياناً يحدث غالباً يحدث دائماً.

طريقة التصحيح:

يقوم الفاحص بتحديد السلوك الذي يصف المفحوص تماماً وذلك بوضع علامة (صح) أمام الاختيار المناسب من الاختيارات التالية ويمنح درجة على المقياس كالتالي:

- ١- لا يحدث (درجة واحدة).
- ٢- يحدث نادراً. (درجتان).
- ٣- يحدث أحياناً (ثلاث درجات).
- ٤- يحدث غالباً. (أربعة درجات).
- ٥- يحدث دائماً. (خمسة درجات).

التفسير:

لتفسير الدرجات الحاصل عليها المفحوص بهدف تحديد مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طفل الروضة من حيث إذا كان هذا الاضطراب بسيط أو متوسط الشدة ومعرض للخطر أو الاضطراب شديد ويشكل خطر كبير فنستعين بالجدول التالي:

مستوى الاضطراب	اضطراب بسيط	اضطراب متوسط الشدة ومعرض للخطر	اضطراب شديد وأكثر خطورة
١- نقص الانتباه	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر
٢- فرط الحركة	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر
٣- الانفعية	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر
٤- صعوبات أكاديمية	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر
٥- القلق	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر
٦- الاكتئاب	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر
٧- العناد	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر

تقنين الاختبار:

أ- عينة التقنين.

تكونت عينة التقنين من ٣٠٠ طفلاً من أطفال الروضة من المستويين الأول (KG1)، والثاني (KG2) من الذكور والإناث طبقاً للتوزيع التالي الموضح في الجدول (٢).

جدول (٢)

توضيح عينة التقنين وفقاً للجنس والمستوى العمري

المستوى	ذكور	إناث	إجمالي
المستوى الأول KG1	٧٥	٧٥	١٥٠
المستوى الثاني KG2	٧٥	٧٥	١٥٠
أجمالي	١٥٠	١٥٠	٣٠٠

ب- الخصائص السيكومترية للاختبار:

صدق الاختبار:

قاما معدا الاختبار بحساب معاملات الصدق باستخدام المحك الخارجى (الصدق التلازمى)، والصدق العاملى كما يلى:

صدق المحك الخارجى الصدق التلازمى:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الارتباط بين هذا الاختبار واختبار انتباه الأطفال وتوافقهم إعداد عبد الرقيب البحيرى (٢٠٠٥) وذلك كما يتضح فى جدول (٣).

جدول (٣)

معاملات الصدق لاختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لطفل الروضة

معامل الصدق	ابعاد الاختبار
٠,٦٨	١- نقص الانتباه
٠,٧١	٢- فرط الحركة
٠,٦٥	٣- الاندفاعية
٠,٦٩	٤- الصعوبات الأكاديمية
٠,٧٣	٥- القلق
٠,٧٠	٦- الاكتئاب
٠,٦٨	٧- العناد
٠,٦٩	الدرجة الكلية للاختبار

يتضح من جدول (٣) أن معاملات الصدق مرتفعة مما يدل على صدق الاختبار.

الصدق العاملي:

قاما معدا الاختبار بتحليل المكونات الأساسية لاختبار اضطراب الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال الروضة بطريقة هوتلنج على عينة التقنين، ويوضح جدول (٤) نتائج عملية التحليل قبل تدوير المحاور.

٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٥	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٤	٠,٠	٢٠
١	١	٢	٣	٣	٥	٦		٢	٢	٣	٢	٤	١	٦	
٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٦	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٢١
١	٠	٢	٢	٢	٥	٥		٣	١	٣	٢	٤	٩	٥	
٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٧	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٢٢
١	٢	٢	٣	٣	٥	٦		٢	١	٢	٣	٣	٨	٦	
٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٨	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٣
١	٥	٢	٤	٤	٤	٧		١	١	٣	٣	٥	٥	٦	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٩	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٤
٦	٣	٢	٢	٣	٤	٦		٢	١	٢	٣	٣	٤	٥	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٥
٠	٢	٢	٣	٤	٤	٧		٣	١	٣	٤	١	٥	٤	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦١	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٦
١	٣	٢	٢	٣	٤	٦		٢	١	٢	٣	٤	٥	٨	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٢	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٧
٢	٢	٢	٤	٣	٤	٧		١	١	٣	٢	٦	٤	٩	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٨
٧	١	٢	٣	٤	٥	٦		١	١	٢	٤	٩	٤	٧	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٤	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٩
٣	١	٢	٢	٣	٤	٥		١	٢	٣	٣	٨	٤	٦	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٥	٠,٠	٠,٢	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣٠
٤	٢	٢	٤	٢	٥	٥		١	٢	٢	٢	٧	٥	٥	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٦	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٣١
٦	٣	٢	٢	٣	٤	٦		١	٣	٣	٦	٣	٤	٤	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٧	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٣٢
٥	٤	٣	٣	٢	٥	٦		١	٢	٢	٤	٣	٥	٦	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٨	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٣٣
٤	٢	٢	٢	٣	٤	٧		١	٣	٣	٣	٤	٤	٦	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٩	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٣٤
٣	٣	٢	٤	٤	٥	٦		٢	٢	٢	١	٣	٥	٧	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٧٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٣٥
٠	٢	٢	٣	٣	٤	٥		٢	٣	٣	٣	٣	٤	٧	
								١,٣	١,٤	١,٤	١,٥	١,٦	١,٧	١,٨	الجنز
								٦	٣	٧	٩	٢	١	٧	الكلمن

أسفرت نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج عن سبعة عوامل يتراوح الجذر الكامن لكل منها ما بين (١,٨٧، ١,٣٦) وهي دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر.

ثم قاما معدا الاختبار بتدوير المحاور بطريقة فاريمكس Varimax ويشير جدول (٥) إلى نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور.

جدول (٥)

نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور

العبار ٢	العوامل							العبار ١	العوامل							العبار ١
	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١		٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	
١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٦	١
٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٧	٢
٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٣
٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٤
٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٥
٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٦
٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٧
٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٨
٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٠	٩
١٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	١٠
١١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	١١
١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	١٢
١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	١٣
١٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	١٤
١٥	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٠	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١٥
١٦	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٥١	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١٦
١٧	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٢	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١٧
١٨	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٣	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١٨
١٩	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٤	٠,٠٠	٠,٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١٩

٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٥	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٢٠
١	٣	٤	٤	٥	٧	٧	٧	٥٦	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٢١
٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٧	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٢٢
١	٠	٣	٤	٥	٥	٦	٦	٥٨	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٣
٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٩	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٤
٣	٢	٤	٥	٥	٦	٦	٦	٦٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٥
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦١	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٦
٢	٢	٣	٤	٥	٦	٥	٥	٦٢	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٧
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٦٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٨
١	٢	٣	٤	٤	٦	٧	٧	٦٤	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٢٩
٠	٢	٣	٥	٤	٦	٨	٨	٦٥	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣٠
٠	٢	٣	٤	٤	٥	٨	٨	٦٦	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣١
٠	٢	٤	٥	٤	٥	٩	٩	٦٧	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣٢
١	٢	٣	٤	٥	٤	٩	٩	٦٨	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣٣
٣	٢	٣	٥	٥	٥	٨	٨	٦٩	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣٤
٢	٢	٣	٥	٥	٤	٨	٨	٧٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٠	٣٥
٠	٢	٤	٤	٤	٥	٧	٧		٢	٢	٣	٢	٤	٦	٨	
١,٤	١,٥	١,٦	١,٧	١,٨	١,٩	٢,١	٢,١	الجدول								
٦	٤	٥	٦	٣		٤	٤	الخامس								

يتضح من جدول (٥) وجود سبعة عوامل يتراوح الجذر الكامن لكل منها، بين (١،١٦،٢،١٤) وهي دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر وذلك بعد تدوير المحاور بطريقة فاريمكس. Varimax.

كما يتضح من الجدول التشبعات الخاصة بكل عامل وهي تشبعات دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من (٠،٣٠) على محك جيلفورد وتوضح جداول (٦،٧،٨،٩،١٠،١١،١٢) التشبعات الخاصة بكل عامل.

جدول (٦)

التشبعات الخاصة بالعامل الأول (نقص الانتباه)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
١	يفشل في إنجاز المهام التي بدأها	٠،٤٦
٨	يجد صعوبة في اتباع التعليمات و الارشادات و يظهر و كأنه لا يسمع	٠،٤٢
١٥	يستمر في ممارسة النشاط لمدة طويلة بدون تركيز	٠،٤٠
٢٢	ينسى أين وضع قلمه أو كتابه أو حقيبة	٠،٤٣
٢٩	يتجنب الأنشطة التي تتطلب استمرار الانتباه	٠،٤٥
٣٦	يصعب عليه الانتقال من جزء معين من النشاط الى جزء آخر	٠،٤١
٤٣	يقل تركيزه بمجرد ظهور أى مثير جديد	٠،٤٤
٥٠	شارد الذهن و لا يهتم بواجباته و أنشطته	٠،٤٢
٥٧	يهمل التفاصيل أثناء اداء نشاط او لعبة	٠،٤٣
٦٤	يجد صعوبة في تذكر بعض الاحداث	٠،٣٩

يتضح من جدول (٦) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠،٣٠ على محك جيلفورد، وهذه العبارات تدور حول نقص الانتباه لدى طفل الروضة.

جدول (٧)

التشيعات الخاصة بالعامل الثاني (فرط الحركة)

رقم العبارة	العبارة	التشيعات
٢	يجد صعوبة فى ان يظل جالسا.	٠,٣٨
٩	يجرى فى كل مكان بدون هدف	٠,٣٧
١٦	يتسلق كل شئ بدون وعى	٠,٣٣
٢٣	يخطب بيديه و قدميه اثناء جلوسه على المقعد	٠,٣٦
٣٠	يسبب مشاكل كثيرة فى الروضة والمنزل.	٠,٣٩
٣٧	يجد صعوبة فى ممارسة العابه بهدوء	٠,٤١
٤٤	يتحدث كثيرا بدون هدف	٠,٣٨
٥١	يفرط فى الخروج من الفصل لقضاء حاجاته	٠,٣٦
٥٨	يتحرك بشكل مفرط اثناء النوم	٠,٣٣
٦٥	يتصرف بحركة وتسرع كما لو كان يحركه موتور.	٠,٣٥

يتضح من جدول (٧) أن جميع التشيعات دالة إحصائياً قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ على محك جيلفورد، وهذه العبارات تدور حول فرط النشاط لدى طفل الروضة.

جدول (٨)

التشبعات الخاصة بالعامل الثالث (الاندفاعية)

رقم العبرة	العبرة	التشبعات
٣	يندفع في اداء نشاط دون تفكير في عواقبه	٠,٣٧
١٠	يقاطع الاخرين اثناء الحديث	٠,٣٤
١٧	يجيب على السؤال قبل اكماله	٠,٣٦
٢٤	يقحم نفسه في أعمال خطيرة دون تقدير لخطورتها	٠,٣١
٣١	عنيف مع زملائه و يقاطعهم اثناء اللعب	٠,٣٧
٣٨	ينتقل من نشاط لآخر دون اكماله	٠,٣٢
٤٥	يرفض انتظار دوره في اللعب	٠,٣٥
٥٢	يندفع الى الشارع بتهور دون ادراك الخطر	٠,٣١
٥٩	يجد صعوبة في تكوين صداقات و علاقات مستمرة	٠,٣٢
٦٦	يخل بالنظام اثناء انضباط زملائه	٠,٣٠

يتضح من جدول (٨) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث يبلغ قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ على محك جيلفورد، وتدور العبارات حول الاندفاعية.

جدول (٩)

التشبعات الخاصة بالعامل الرابع
(الصعوبات الأكاديمية)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٤	يصعب عليه التعرف على رقم معين في مجموعة ارقام	٠,٣٩
١١	يجد صعوبة في التحكم في تلوين الاشياء	٠,٣١
١٨	يجد صعوبة في التمييز بين الحروف	٠,٣٤
٢٥	يجد صعوبة في كتابة الحروف و الارقام	٠,٣٠
٣٢	يصعب عليه التعرف على حرف معين في مجموعة حروف	٠,٣٢
٣٩	لديه حصيلة لغوية ضعيفة	٠,٣٧
٤٦	يجد صعوبة في التعرف على حروف الكلمة.	٠,٣١
٥٣	يجد صعوبة في التمييز بين الارقام	٠,٣٣
٦٠	يجد صعوبة في التمييز بين الأشكال الهندسية.	٠,٣٢
٦٧	يجد صعوبة في التعرف على كلمة داخل جملة	٠,٣٢

يتضح من جدول (٩) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ وتدور حول الاستعداد الأكاديمي لطفل الروضة.

جدول (١٠)

التشبهات الخاصة بالعامل الخامس

(القلق)

رقم العبارة	العبارة	التشبهات
٥	يحمز وجهه عندما تسأله المعطمة	٠,٣٨
١٢	لا يثق فى نفسه	٠,٣٣
١٩	يشعر بالخوف و الفزع	٠,٣٤
٢٦	يعرق عندما يخطأ امام زملائه	٠,٣١
٣٣	نومه مضطرب و متقطع	٠,٣٠
٤٠	يثور لاتفه الاسباب	٠,٣٢
٤٧	يخاف يلعب مع زملائه تجنباً للخطأ	٠,٣٤
٥٤	يرتبك بسهولة عند مواجهة اى موقف	٠,٣٣
٦١	يبكى بسهولة	٠,٣٧
٦٨	يتوتر اثناء القيام بأى نشاط مع زملائه	٠,٣١

يتضح من جدول (١٠) أن جميع التشبهات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ وتدور حول العبارات حول القلق لدى طفل الروضة.

جدول (١١)

التشبهات الخاصة بالعامل السادس

(الاكتئاب)

رقم العبرة	العبرة	التشبهات
٦	يضع نفسه في ترتيب أقل من الآخرين.	٠,٣٨
١٣	يبدو حزينا	٠,٣٣
٢٠	يشعر بالاحباط بسهولة	٠,٣١
٢٧	يخشى التنافس مع الآخرين خوفاً من الفشل	٠,٣٢
٣٤	يرفض ممارسة هواياته المعتادة	٠,٣٠
٤١	يرفض الذهاب للروضة	٠,٣٣
٤٨	يشكو من بعض الالام " المعدة - الصداع - الازهاق ..	٠,٣٤
٥٥	يرفض تناول الطعام	٠,٣٠
٦٢	يصرخ أو يغضب بسهولة.	٠,٣٠
٦٩	يفضل العزلة و الوحدة	٠,٣١

يتضح من جدول (١١) أن جميع التشبهات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ وتدور حول الاكتئاب لدى طفل الروضة.

جدول (١٢)

التشبهات الخاصة بالعامل السابع

(العناد)

رقم العبارة	العبارة	التشبهات
٧	عقيد اللي عاوزه لازم ينفذه في الحال.	٠.٣٣
١٤	يرفض التصالح و يجرى بعيد	٠.٣١
٢١	يلوم الآخرين على أشياء فعلها ولا يتحمل المسؤولية.	٠.٣٢
٢٨	يكنب بدلاً من أن يعترف بالحقيقة.	٠.٣١
٣٥	يفش في اللعب ليحقق الفوز.	٠.٣٠
٤٢	يمزق ممتلكاته الشخصية	٠.٣١
٤٩	يحطم ويخرب حاجات الآخرين.	٠.٣١
٥٦	يعارض أي سلطة (الأب، الأم، المعلمة....).	٠.٣٣
٦٣	لنيم و ملاوع في تصرفاته	٠.٣٢
٧٠	لا يحاسب نفسه عندما يخطأ (لا يؤنب نفسه).	٠.٣٠

يتضح من جدول (١٢) أن جميع التشبهات دالة إحصائياً حيث يبلغ قيمة كل

منها ٠,٣٠ فأكثر على محك جيلفورد، وتدور العبارات حول عناد الأطفال.

ثبات الاختبار:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق، وطريقة كرونباخ وذلك على عينة التقنين وقوامها ٣٠٠ طفلاً، وذلك كما يلي:

معامل الثبات ألفا بطريقة كرونباخ:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الثبات لأبعاد اختبار اضطراب الانتباه وفرط الحركة كما يتضح في جدول (١٣).

دول (١٣)

معامل الثبات ؟ بطريقة كرونباخ

الأبعاد	عدد المفردات	تباين الدرجات الكلية للأفراد ع' جـ	مجا تباين درجات الأفراد على المفردات ع' جـ	معامل الثبات ألفا
١- نقص الانتباه	١٠	١١٣,٨	٢٦,١١	٠,٧٥
٢- فرط النشاط	١٠	١١٥,٤	٢٨,٢	٠,٧٣
٣- الاندفاعية	١٠	١٠١,٦	٢١,٦	٠,٧٦
٤- الصعوبات الأكاديمية	١٠	١١٧,٢	٢٧,١٣	٠,٧٥
٥- القلق	١٠	١١٤,٦	٢٢,٥	٠,٧٨
٦- الاكتئاب	١٠	١١٢,٨	٢٣,١	٠,٧٧
٧- العناد	١٠	١١٩,٢	٢٤,١	٠,٧٨
الدرجة الكلية لاضطراب الانتباه	٧٠	٧٩٤,٦	١٧٢,٧٤	٠,٧٨

يتضح من جدول (١٣) أن قيمة معاملات الثبات ؟ مرتفعة مما يدل على ثبات الاختبار.

إيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمنية قدره أسبوعان كما يتضح في جدول (١٤).

جدول (١٤)

معاملات الثبات لاختبار اضطراب الانتباه
وفرط الحركة بطريقة إعادة التطبيق

الأبعاد	معاملات الثبات
١- نقص الانتباه	٠.٩٤
٢- فرط النشاط	٠.٩١
٣- الاندفاعية	٠.٩٦
٤- الصعوبات الأكاديمية	٠.٩٢
٥- القلق	٠.٩٠
٦- الاكتئاب	٠.٩٣
٧- العناد	٠.٩٥
الدرجة الكلية لاضطراب الانتباه	٠.٩٣

يتضح من جدول (١٤) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات أبعاد الاختبار والاختبار ككل.

(ج) المعايير: Norms

أ- المتوسطات والانحرافات المعيارية:

يوضح جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لطفل الروضة في المجموعات العمرية (٤-٥)، (٥-٦) ووفقاً للجنس (ذكور/ إناث) كما يتضح في جدول (١٥).

جدول (١٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار اضطراب الانتباه

وفرط النشاط لأطفال الروضة

الأبعاد	٥-٥ سنوات				٥-٥ سنوات			
	ذكور		إناث		ذكور		إناث	
	١م	١ع	٢م	٢ع	١م	١ع	٢م	٢ع
١ نقص الانتباه	٢١.٦	٢.٤	٢٠.٣	٢.١	٥.٠	٢٢.٣	٢.٦	٢.١
٢ فرط النشاط	٢٢.٧	٢.٦	١٩.٥	١.٩	١٢.٣	٢٥.٦	٢.٩	١.٨
٣ الاندفاعية	١٨.٣	٢.١	١٦.٨	١.٦	٦.٨١	١٩.٤	٢.١	١.٥
٤ الصعوبات الأكاديمية	٢٢.٧	٢.٣	٢١.٢	٢.٤	٥.٥	٢٣.٨	٢.٧	٢.٧
٥ لفتق	٢٠.٦	١.٩	١٨.٣	١.٩	١٠.٤٥	٢١.٧	٢.٣	١.٧
٦ الإكتئاب	١٧.٣	١.٨	١٦.٩	١.٥	٢.١	١٨.١	١.٨	١.٤
٧ -العناد	٤١.٦	٤.٦	٣٦.٢	٤.١	١٠.٨	٣٩.٣	٤.٣	٣.٨
الدرجة الكلية	١٦٤.٨	١٧.٧	١٣٠.٩	١٥.٥	١٧.٨٤	١٧٠.٢	١٨.٧	١٥

يتضح من جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأطفال الروضة بالمستويين الأول والثاني من الجنسين وكانت قيمة ت دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) لصالح الذكور في المستويين الأول والثاني.

(ب) الدرجات المعيارية: Standard Score

قاما معدا الاختبار بحساب الدرجات المعيارية للدرجات الخام لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لطفل الروضة بحسب الجنس والعمر الزمني للفرد كما يتضح في جدول (١٦).

جدول (١٦)

الدرجات المعيارية لمقياس نقص الانتباه بحسب الجنس والعمر

٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٤,٤٠	٤,٨٠	٤,٤٠	٣,٨٠	٣١	٥,٤-	٤,٧-	٤,٩-	٤,٨-	١٠
٤,٨٠	٥,٢٠	٤,٨٠	٤,٢٠	٣٢	٥,٠-	٤,٣٠-	٤,١٠-	٤,٤١-	١١
٥,٢٠	٥,٦٠	٥,٢٠	٤,٦٠	٣٣	٤,٦٠-	٣,٨٠-	٣,٧٠-	٤,٠١-	١٢
٥,٦٠	٦,٠	٥,٦٠	٥,٠	٣٤	٤,٢٠-	٣,٤٠-	٣,٣٠-	٣,٦٠-	١٣
٦,٠	٦,٤٠	٦,٠	٥,٤٠	٣٥	٣,٨٠-	٣,٠-	٢,٩٠-	٣,٢٠-	١٤
٦,٤٠	٦,٨٠	٦,٤٠	٥,٨٠	٣٦	٣,٤٠-	٢,٦٠-	٢,٥٠-	٢,٨-	١٥
٦,٨٠	٧,٥	٦,٨٠	٦,٢٠	٣٧	٣,٠-	٢,٢٠-	٢,١٠-	٢,٤٠-	١٦
٣,٠	٧,٦٠	٧,٢٠	٦,٦٠	٣٨	٢,٦٠-	١,٨٠-	١,٧٠-	٢,٠-	١٧
٧,٤٠	٨,٠	٧,٦٠	٧,٠٠	٣٩	٢,٢٠-	١,٤٠-	١,٣٠-	١,٦٠-	١٨
٧,٨٠	٨,٤٠	٨,٢٠	٧,٤٠	٤٠	١,٨٠-	١,٠-	٠,٩٠-	١,٢٠-	١٩
٨,٠	٨,٨٠	٨,٦٠	٧,٨٠	٤١	١,٤٠-	٠,٦٠-	٠,١٤-	٠,٨٠-	٢٠
٨,٥٠	٩,٢٠	٩,٠٠	٨,٢٠	٤٢	٠,٠٢-	٠,٢٠-	٠,٣٣	٠,٢٥-	٢١
٩,٠	٩,٦٠	٩,٤٠	٨,٦٠	٤٣	٠,٢٩	١,٢٦	٠,٨	٠,١٦	٢٢
٩,٥٠	٩,٨٠	٩,٨٠	٩,٠	٤٤	٠,٧٠	١,٦٦	١,٢٠	٠,٥٨	٢٣
١٠,٠	١٠,٠	١٠,٢٠	٩,٤٠	٤٥	١,١٠	٢,٠	١,٦٠	٠,٩٨	٢٤
١٠,٥٠	١٠,٢٠	١٠,٦٠	٩,٨٠	٤٦	١,٥٠	٢,٤٠	٢,٠	١,٤٠	٢٥
١١,٠	١٠,٤٠	١١,١٠	١٠,٢٠	٤٧	٢,٠	٢,٨٠	٢,٤٠	١,٨٠	٢٦
١١,٥	١٠,٤٥	١١,٨٠	١٠,٦٠	٤٨	٢,٥٠	٣,٢٠	٢,٨٠	٢,٢٠	٢٧
١٢,٥	١٠,٥٠	١٢,٣٠	١١,٠	٤٩	٣,٠	٣,٦	٣,٢	٢,٦	٢٨
١٣,٦	١٠,٦٥	١٤,١	١١,٨	٥٠	٣,٥٠	٤,٠	٣,٦٠	٣,٠	٢٩
					٤,٠	٤,٤٠	٤,٠	٣,٤٠	٣٠

جدول (١٧)

الدرجات المعيارية لمقياس فرط الحركة بحسب الجنس والعمر

٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
١٠,٧٠	٤,٦٠	٧,١٠	٥,١٠	٢٧	٤,٧٠	٤,٦٠	٣,٩٠	٤,١١	١٠
١١,٤٠	٥,٠٠	٧,٥٠	٥,٥٠	٢٨	٤,٣٠	٤,٢٠	٣,٥٠	٣,٧٠	١١
١٢,١٠	٥,٤٠	٧,٩٠	٥,٤٠	٢٩	٣,٩٠	٣,٨٠	٣,١٠	٣,٣٠	١٢
١٢,٨	٦,٠	٨,١٠	٦,٣٠	٣٠	٣,٥٠	٣,٤٠	٢,٧٠	٢,٩٠	١٣
١٣,٥٠	٦,٤٠	٨,٥٠	٦,٧٠	٣٩	٣,١٠	٣,٠	٢,٣٠	٤,٤٠	١٤
١٤,٢٠	٦,٨٠	٨,٩٠	٧,١٠	٤٠	٢,٧٠	٢,٦٠	٢,١٠	٢,٠	١٥
١٤,٩٠	٧,٢٠	٩,٣٠	٧,٥٠	٤١	٢,٣٠	٢,٢٠	١,٩٠	١,٦٠	١٦
١٥,٦٠	٧,٦٠	٩,٧٠	٧,٩٠	٤٢	٢,٠	١,٨٠	٠,٢٦	١,٢٠	١٧
١٦,٣٠	٨,٠	١٠,٢٠	٨,١٠	٤٣	١,٦٠	١,٤٠	٠,٧٠	٠,٨٠	١٨
١٧,٥٠	٨,٤٠	١٠,٧٠	٨,٥٠	٤٤	٠,٢٨	١,٠٠	١,١٠	٠,٤٠	١٩
١٨,٢٠	٨,٨٠	١١,٢٠	٨,٩٠	٤٥	٠,٧٠	٠,٨٠	١,٥٠	٠,٢٠	٢٠
١٩,٠	٩,٢٠	١١,٧٠	٩,١٠	٤٦	١,١	٠,٤٠	١,٩٠	٠,١٢	٢١
١٩,٥٠	٩,٦٠	١٢,٥٠	٩,٥٠	٤٧	١,٧٠	٠,٣٠	٢,١٠	٠,٥٠	٢٢
٢٠,٠	١٠,٠	١٣,٠	٩,٩٠	٤٨	٢,٣٠	٠,٢٠	٢,٥٠	٠,٩٠	٢٣
٢٠,٢٠	١٠,٢٠	١٣,٥٠	١٠,١٠	٤٩	٣,٠	٠,١٤	٢,٩٠	١,٣٤	٢٤
٢٠,٤٠	١٠,٤٠	١٤,٠	١٣,٥٠	٥٠	٣,٧٠	٠,٥٠	٣,١٠	١,٧٠	٢٥
					٤,٤٠	٠,٩٠	٣,٥٠	٢,١٠	٢٦
					٥,١٠	١,٣٠	٣,٩٠	٢,٥٠	٢٧
					٥,٨٠	١,٧٠	٤,٣٠	٢,٩٠	٢٨
					٦,٥٠	٢,١٠	٤,٧٠	٣,١٠	٢٩
					٧,٢٠	٢,٥٠	٥,١٠	٣,٥٠	٣٠
					٧,٩٠	٢,٩٠	٥,٥٠	٣,٩٠	٣١
					٨,٦٠	٣,٤٠	٥,٩٠	٤,١٠	٣٢
					٩,٣٠	٣,٨٠	٦,٣٠	٤,٥٠	٣٣
					١٠,٠	٤,٢٠	٦,٧٠	٤,٩٠	٣٤

جدول (١٨)

الدرجات المعيارية لمقياس الاندفاعية بحسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		الدرجة الخام	٥-٤		الدرجة الخام
	ذكور	إناث		ذكور	إناث		ذكور	إناث	
١٠	٤,٩-	٥,٥-	٣٢	٥,٤-	٦,٣-	١١	٤,٥-	٥,١-	٣٣
١١	٤,٥-	٥,١-	٣٣	٥,١-	٥,٥-	١٢	٤,٥-	٤,٥-	٣٤
١٢	٤,٥-	٤,٥-	٣٤	٤,٧-	٥,٥-	١٣	٤,٥-	٤,٣-	٣٥
١٣	٣,٧-	٤,٣-	٣٥	٤,٥-	٤,٥-	١٤	٣,٣-	٣,٧-	٣٦
١٤	٣,٣-	٣,٧-	٣٦	٣,٣-	٤,٥-	١٥	٢,٩-	٣,٣-	٣٧
١٥	٢,٩-	٣,٣-	٣٧	٢,٨-	٣,٥-	١٦	٢,٥-	٢,٨-	٣٨
١٦	٢,٥-	٢,٨-	٣٨	٢,٢-	٢,٨-	١٧	٢,١-	٢,٤-	٣٩
١٧	٢,١-	٢,٤-	٣٩	٢,٠-	٢,٤-	١٨	١,٧-	٢,٠-	٤٠
١٨	١,٧-	٢,٠-	٤٠	١,٩-	٢,٠-	١٩	١,٣-	١,٥-	٤١
١٩	١,٣-	١,٥-	٤١	١,٣-	١,٥-	٢٠	٠,٩-	١,٣-	٤٢
٢٠	٠,٩-	١,٣-	٤٢	٠,٩-	١,٣-	٢١	٠,٣٣	٠,٩-	٤٣
٢١	٠,٣٣	٠,٩-	٤٣	٠,٥-	٠,٧٥	٢٢	٠,٣٣	٠,٧٥	٤٤
٢٢	٠,٣٣	٠,٧٥	٤٤	٠,٢٨	١,٢٠	٢٣	٠,٢٨	١,٢٠	٤٥
٢٣	٠,٢٨	١,٢٠	٤٥	٠,٢٨	١,٢٠	٢٤	٠,٢٨	١,٢٠	٤٦
٢٤	٠,٢٨	١,٢٠	٤٦	٠,٢٨	١,٢٠	٢٥	٠,٢٨	١,٢٠	٤٧
٢٥	٠,٢٨	١,٢٠	٤٧	٠,٢٨	١,٢٠	٢٦	٠,٢٨	١,٢٠	٤٨
٢٦	٠,٢٨	١,٢٠	٤٨	٠,٢٨	١,٢٠	٢٧	٠,٢٨	١,٢٠	٤٩
٢٧	٠,٢٨	١,٢٠	٤٩	٠,٢٨	١,٢٠	٢٨	٠,٢٨	١,٢٠	٥٠
٢٨	٠,٢٨	١,٢٠	٥٠	٠,٢٨	١,٢٠	٢٩	٠,٢٨	١,٢٠	
٢٩	٠,٢٨	١,٢٠		٠,٢٨	١,٢٠	٣٠	٠,٢٨	١,٢٠	
٣٠	٠,٢٨	١,٢٠		٠,٢٨	١,٢٠	٣١	٠,٢٨	١,٢٠	
٣١	٠,٢٨	١,٢٠		٠,٢٨	١,٢٠				

جدول (١٩)

الدرجات المعيارية لمقياس الصعوبات الأكاديمية بحسب الجنس والعمر الزمني

٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٣,١٠	٢,٥٠	٣,٥٠	٣,١٠	٣٠	٤,٤٠	٥,١٠	٤,٦٠	٥,٥٠	١٠
٣,٥٠	٢,٩٠	٣,٩٠	٣,٥٠	٣١	٤,٠٠	٤,٧٠	٤,٢٠	٥,١٠	١١
٣,٩٠	٣,١٠	٤,٢٠	٣,٩٠	٣٢	٣,٦٠	٤,٣٠	٣,٨٠	٤,٧٠	١٢
٤,٣٠	٣,٥٠	٤,٦٠	٤,١٠	٣٣	٣,٢٠	٣,٧٠	٣,٤٠	٤,٣٠	١٣
٥,٠	٤,٠	٥,٠	٤,٥٠	٣٤	٣,٨٠	٣,١٠	٣,٠	٣,٧٠	١٤
٥,٤٠	٤,٤٠	٥,٤٠	٤,٩٠	٣٥	٢,٤٠	٢,٨٠	٢,٠	٣,٣٠	١٥
٥,٨٠	٤,٨٠	٦,٠	٥,١٠	٣٦	٢,٠٠	٢,٤٠	٢,٤٠	٢,٨٠	١٦
٦,٢٠	٥,٢٠	٦,٤٠	٥,٥٠	٣٧	١,٨٠	٢,٠	٢,٠	٢,٦٠	١٧
٦,٦٠	٥,٦٠	٦,٨٠	٦,٠	٣٨	١,٤٠	١,٧٠	١,٦٠	٢,٢٠	١٨
٧,٢٠	٦,٠	٧,٢٠	٦,٥٠	٣٩	١,٠	١,٣٠	١,٢٠	١,٨٠	١٩
٧,٦٠	٦,٤٠	٧,٦٠	٧,٣٠	٤٠	٠,٨٠	١,٠	٠,٨٠	١,٤٠	٢٠
٨,٢٠	٦,٨٠	٨,٠	٨,٥٠	٤١	٠,٤٠	٠,٧٠	٠,٤٠	١,٠	٢١
٨,٦٠	٧,٢٠	٨,٥٠	٨,٩٠	٤٢	٠,٢٠	٠,٤٠	٠,٣٣	٠,٤٠	٢٢
٨,٨٠	٧,٦٠	٩,٠	٩,٣٠	٤٣	٠,٣٣	٠,٣٠	١,١٠	٠,٣٠	٢٣
٩,٢٠	٨,٠	٩,٤٠	١٠,٤٠	٤٤	٠,٧٠	٠,٠٧	١,٥٠	٠,٧٠	٢٤
٩,٦٠	٨,٤٠	١٠,٠	١٠,٨٠	٤٥	١,٣٠	٠,٥٠	١,٩٠	١,٣٠	٢٥
٩,٨٠	٨,٦٠	١٠,٤٠	١١,٠٠	٤٦	١,٧٠	٠,٩٠	٢,١٠	١,٧٠	٢٦
٩,٩٠	٨,٨٠	١٠,٨٠	١١,٣٠	٤٧	٢,١٠	١,٣٠	٢,٧٠	٢,١٠	٢٧
١٠,١٠	٩,٠٠	١١,٢٠	١١,٥٠	٤٨	٢,٥٠	١,٧٠	٢,٩٠	٢,٥٠	٢٨
١٠,٢٠	٩,٢٠	١١,٤٠	١١,٦	٤٩	٢,٩٠	٢,١٠	٣,١٠	٢,٩٠	٢٩
١٠,٣	٩,٧	١٢,٠٠	١١,٨٦	٥٠					

جدول (٢٠)

الدرجات المعيارية لمقياس القلق بحساب الجنس والعمر الزمني

٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٤,٥٠	٢,٤٠	٥,٤٠	٣,٤٠	٣١	٥,٩٠	٥,٥٠	٤,٨٠	٦,١٠	١٠
٤,٩٠	٣,٠٠	٥,٧٠	٤,٣٠	٣٢	٥,١٠	٥,٠٠	٤,٤٠	٥,٧٠	١١
٥,٥٠	٣,٦٠	٦,٣٠	٤,٧٠	٣٣	٤,٧٠	٤,٥٠	٤,٠٠	٥,٣٠	١٢
٦,٤٠	٣,٩٠	٧,٠٠	٥,٢٠	٣٤	٤,٣٠	٤,٠٠	٣,٦٠	٤,٦٠	١٣
٧,٠٠	٤,٥٠	٧,٣٠	٥,٩٠	٣٥	٣,٧٠	٣,٦٠	٣,٢٠	٤,٢٠	١٤
٧,٨٠	٤,٩٠	٨,٠٠	٦,٥٠	٣٦	٣,٠٠	٣,٠٠	٢,٨٠	٣,٧٠	١٥
٨,٠٠	٥,٦٠	٨,٣٠	٧,١٠	٣٧	٢,٨٠	٢,٤٠	٢,٤٠	٣,٢٠	١٦
٨,٤٠	٥,٩٠	٩,٠٠	٧,٥٠	٣٨	٢,٤٠	٢,٠٠	٦,٠٠	٢,٥٠	١٧
٩,٠٠	٦,٥٠	٩,٥٠	٨,٢٠	٣٩	٢,٠٠	١,٨٠	١,٢٠	٢,١٠	١٨
٩,٥٠	٦,٩٠	١٠,٠٠	٨,٩٠	٤٠	١,٥٠	١,٦٠	٠,٨٠	١,٩٠	١٩
١٠,٠٠	٧,٥٠	١٠,٥٠	٩,٥٠	٤١	١,٠٠	٢,٠٠	٠,٣٦	١,٤٠	٢٠
١٠,٦٠	٧,٩٠	١١,٠٠	١٠,٣٠	٤٢	٠,٥٣	٠,٨٠	٠,٨٠	١,٠٠	٢١
١١,٥٠	٨,٤٠	١١,٥٠	١٠,٧٠	٤٣	١,٠٠	٠,٤٠	١,٦٠	٠,٢١	٢٢
١٢,٣٠	٨,٥٠	١٢,٠٠	١١,٣٠	٤٤	١,٥٠	٠,١٣	٢,٥٠	٠,٧٠	٢٣
١٣,٢٠	٩,١٠	١٢,٤٠	١١,٨٠	٤٥	١,٩٠	٠,٥٠	٣,١٠	١,٢٠	٢٤
١٤,٢٠	٩,٥٠	١٢,٨٠	١٢,٠٠	٤٦	٢,٣٠	٠,٩٥	٣,٩٠	١,٧٠	٢٥
١٤,٨٠	٩,٧٠	١٣,٤٠	١٢,٢٠	٤٧	٣,٠٠	١,٥٠	٤,٥٠	٢,٣٠	٢٦
١٥,٢٠	٩,٩٠	١٣,٧٠	١٢,٤٠	٤٨	٣,٨٠	١,٩٠	٤,٦٠	٢,٧٠	٢٧
١٥,٢	١٠,١	١٤,٠٠	١٢,٨	٤٩	٢,٣٠	٠,٩٥	٣,٩٠	١,٧٠	٢٨
١٥,٢	١٠,١	١٤,٠٠	١٢,٨	٥٠	٣,٠٠	١,٥٠	٤,٥٠	٢,٣٠	٢٩
					٣,٨٠	١,٩٠	٤,٦٠	٢,٧٠	٣٠

جدول (٢١)

الدرجات المعيارية لمقياس الاكتئاب بحسب الجنس والعمر الزمني

٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		٥-٤		الدرجة الخام
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٧,٥٠	٤,٥٠	٧,١٥	٦,٧٠	٣١	٥,٨-	٥,٠٥-	٨,٦-	٤,٦-	١٠
٨,٢٠	٤,٧٠	٧,٨٥	٧,٢٠	٣٢	٥,٠-	٤,٥-	٨,٢٠-	٤,٢٠-	١١
٩,٠٠	٥,٥٠	٨,٦٠	٧,٥٠	٣٣	٤,٢٠-	٤,٠-	٧,١٠-	٣,٨٠-	١٢
٩,٥٠	٦,٤٠	٩,٥٠	٨,٤٠	٣٤	٣,٨٠-	٣,٦٠-	٦,٢٠-	٣,٤٠-	١٣
٩,٩٠	٦,٨٠	١٠,٤٠	٩,٦٠	٣٥	٣,٠-	٣,٠-	٥,١٠-	٣,٠-	١٤
١٠,٦٠	٧,٥٠	١١,٦٠	١٠,٥٠	٣٦	٢,٨٠-	٢,٢٠-	٤,٦٠-	٢,٨٠-	١٥
١١,٢٠	٨,١٠	١٢,٤٠	١١,٢٠	٣٧	٢,٠-	١,٨٠-	٣,٢٠-	٢,٤٠-	١٦
١١,٨٠	٨,٤٠	١٣,٥٠	١١,٤٠	٣٨	١,٦٠-	١,٤٠-	٢,٨٠-	٢,٠٠-	١٧
١٢,٣٠	٩,٥٠	١٤,٦٠	١١,٨٠	٣٩	١,٢٠-	١,٠٠-	٠,٠٦	١,٤٠-	١٨
١٢,٨٠	٩,٩٠	١٥,٧٠	١٢,٦٠	٤٠	٠,٧٠-	٠,٦٠-	١,٢٠	٠,٣٨	١٩
١٣,٤٠	١٠,٣٠	١٦,٢٠	١٣,٤٠	٤١	٠,٥٧+	٠,٥٠+	٢,٤٠+	٠,٨٠	٢٠
١٣,٦٠	١٠,٧	١٦,٧٠	١٣,٨	٤٢	١,٥٠	١,٥٠	٢,٨٠	١,٥٠	٢١
١٤,٥٠	١١,٣٠	١٧,١٠	١٣,٩٠	٤٣	١,٩٠	١,٦٠	٣,٥٠	٢,٢٥	٢٢
١٥,٦٠	١١,٦٠	١٧,٤٠	١٤,٢٠	٤٤	٢,٥٠	١,٨٠	٣,٩٠	٣,٠٠	٢٣
١٦,٧٠	١٢,٠٠	١٧,٨	١٤,٧٠	٤٥	٣,١٠	٢,٥٠	٤,٦٠	٣,٦٠	٢٤
١٧,٨٠	١٢,٤٠	١٨,٢٠	١٤,٩٠	٤٦	٣,٩٠	٢,٩٠	٥,٢٠	٤,٥٠	٢٥
١٨,٤٠	١٣,٥	١٨,٥	١٥,١٠	٤٧	٤,٥٠	٣,٤٠	٥,٨٠	٥,٢٠	٢٦
١٤,٨	١٤,٩	١٨,٧	١٥,٣	٤٨	٥,٥٠	٣,٧٠	٦,٢٠	٥,٨٠	٢٧
١٨,٤٠	١٣,٥	١٨,٥	١٥,١٠	٤٩	٦,٨٠	٣,٩٠	٦,٨٠	٦,٣٠	٢٨
١٤,٨	١٤,٩	١٨,٧	١٥,٣	٥٠	٥,٥٠	٣,٧٠	٦,٢٠	٥,٨٠	٢٩
					٦,٨٠	٣,٩٠	٦,٨٠	٦,٣٠	٣٠

جدول (٢٢)

الدرجات المعيارية لمقياس العناد بحساب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٥-٤		الدرجة الخام	٦-٥		الدرجة الخام	٥-٤		الدرجة الخام
	ذكور	إناث		ذكور	إناث		ذكور	إناث	
١٠	٤,٦-	٥,٩-	٣١	٦,٣-	٥,٦-	١١	٤,٢-	٥,١٠-	٥,٤-
١١	٤,٢-	٥,١٠-	٣٢	٦,٠-	٥,٤-	١٢	٤,٠-	٥,٧٠-	٥,٢٠-
١٢	٤,٠-	٥,٧٠-	٣٣	٥,٥٠-	٥,٢٠-	١٣	٣,٨-	٥,٦-	٥,٠-
١٣	٣,٨-	٥,٦-	٣٤	٥,٠-	٥,٠-	١٤	٣,٦-	٥,٤٠-	٤,٨-
١٤	٣,٦-	٥,٤٠-	٣٥	٤,٥٠-	٤,٨-	١٥	٣,٢٠-	٥,٢٠-	٤,٦٠-
١٥	٣,٢٠-	٥,٢٠-	٣٦	٤,٠-	٤,٦٠-	١٦	٣,٠-	٥,٠-	٤,٠-
١٦	٣,٠-	٥,٠-	٣٧	٣,٥٠-	٤,٠-	١٧	٢,٨-	٤,٨-	٣,٢٠-
١٧	٢,٨-	٤,٨-	٣٨	٣,٢٠-	٣,٥٠-	١٨	٢,٦-	٤,٦-	٣,٠-
١٨	٢,٦-	٤,٦-	٣٩	٢,٨-	٣,٠-	١٩	٢,٤-	٤,٢-	٢,٨-
١٩	٢,٤-	٤,٢-	٤٠	٢,٦-	٢,٥٠-	٢٠	٢,٢٠-	٤,٠-	٢,٤٠-
٢٠	٢,٢٠-	٤,٠-	٤١	٢,٤٠-	٢,٠-	٢١	٢,٠-	٣,٨-	٢,٣٠-
٢١	٢,٠-	٣,٨-	٤٢	٢,٣٠-	١,٥٠-	٢٢	١,٩٠-	٣,٤-	٢,٢٠-
٢٢	١,٩٠-	٣,٤-	٤٣	٢,٢٠-	١,٢٠-	٢٣	١,٨-	٣,٢٠-	٢,٠-
٢٣	١,٨-	٣,٢٠-	٤٤	٢,٠-	١,٠-	٢٤	١,٧-	٣-	١,٦-
٢٤	١,٧-	٣-	٤٥	٢,٠-	٠,٨-	٢٥	١,٦-	٢,٤٠-	١,٥٠-
٢٥	١,٦-	٢,٤٠-	٤٦	١,٩٠-	٠,٧-	٢٦	١,٥٠-	٢,٢٠-	١,٤٠-
٢٦	١,٥٠-	٢,٢٠-	٤٧	١,٨٠-	٠,٦-	٢٧	١,٤-	٢,٠-	١,٣-
٢٧	١,٤-	٢,٠-	٤٨	١,٧٠-	٠,٥٠-	٢٨	١,٣-	١,٩٠-	١,٢-
٢٨	١,٣-	١,٩٠-	٤٩	١,٦٠-	٠,٤-	٢٩	١,٢-	١,٨٠-	١,١-
٢٩	١,٢-	١,٨٠-	٥٠	١,٥٠-	٠,٣-	٣٠	١,١-	١,٠-	٠,٢-
٣٠	١,١-	١,٠-		١,٤-	٠,٢-				

الدرجات الثائية:

قاما معدا الاختبار بإيجاد الدرجات الثائية المقابلة للدرجات الخام كما يتضح في جدول (٢٣) إلى جدول (٣٠) لأبعاد اختبار اضطراب الانتباه وفرط الحركة تبعاً للعمر الزمني والجنس.

جدول (٢٣)

الثائيات لمقياس نقص الانتباه حسب الجنس والعمر الزمني

الثائيات				الدرجة الخام	الثائيات				الدرجة الحام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
١٠٦	٨٦	٨٢	٧٩	٣١	٤	٣	١	٢	١٠
١١٠	٩٠	٨٦	٨٣	٣٢	٨	٧	٥	٦	١١
١١٨	٩٤	٩٠	٨٧	٣٣	١٢	١٠	٩	١٠	١٢
١٢٢	٩٨	٩٦	٩١	٣٤	٢٠	١٤	١٣	١٤	١٣
١٣٠	١٠٤	١٠٠	٩٥	٣٥	٢٥	١٨	١٧	٢٠	١٤
١٣٤	١١٢	١٠٦	٩٦	٣٦	٣٠	٢٢	٢١	٢٤	١٥
١٤٠	١١٦	١١٦	١٠٠	٣٧	٣٥	٢٦	٢٥	٢٨	١٦
١٤٦	١٢٠	١٢٥	١٠٢	٣٨	٤٠	٣٠	٢٩	٣٢	١٧
١٥٢	١٢٤	١٣٠	١٠٤	٣٩	٤٤	٣٤	٣٣	٣٦	١٨
١٦٠	١٢٨	١٣٤	١٠٦	٤٠	٤٨	٣٨	٣٧	٤٠	١٩
١٦٤	١٣٢	١٣٨	١٠٨	٤١	٥٢	٤٢	٤١	٤٤	٢٠
١٧٠	١٣٦	١٤٢	١٠٩	٤٢	٥٨	٤٦	٤٢	٤٦	٢١
١٧٢	١٤٠	١٤٦	١١٠	٤٣	٦٢	٥٠	٤٦	٥٠	٢٢
١٧٤	١٤٤	١٥٠	١١١	٤٤	٧٠	٥٤	٥٠	٥٤	٢٣
١٧٦	١٤٦	١٦٠	١١٢	٤٥	٧٤	٥٨	٥٤	٥٨	٢٤
١٨٠	١٤٨	١٦٨	١١٣	٤٦	٧٨	٦٢	٥٨	٦٠	٢٥
١٨٢	١٥٠	١٧٤	١١٤	٤٧	٨٢	٦٦	٦٢	٦٢	٢٦
١٨٣	١٥٢	١٨٢	١١٥	٤٨	٨٦	٧٠	٦٦	٦٣	٢٧
١٨٤	١٥٤	١٨٦	١١٦	٤٩	٩٠	٧٤	٧٠	٦٧	٢٨
١٨٦	١٥٦	١٩١	١١٨	٥٠	٩٤	٧٨	٧٤	٧١	٢٩
					١٠٠	٨٢	٧٨	٧٥	٣٠

جدول (٢٤)

التأثيرات لمقياس فرط الحركة حسب الجنس والعمر الزمني

التأثيرات				الدرجة الخام	التأثيرات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
١٦٤	١٣٧	١٦٦	١٢٤	٣١	٣	٤	١١	٩	١٠
١٦٦	١٤٤	١٧٠	١٢٨	٣٢	١٣	١٠	٢٠	١٣	١١
١٧٠	١٤٤	١٧٤	١٣٢	٣٣	٢٠	١٥	٣٠	١٨	١٢
١٧٤	١٤٦	١٧٨	١٣٦	٣٤	٢٧	٢٠	٤٢	٢٣	١٣
١٧٨	١٤٨	١٨٠	١٤٠	٣٥	٣٤	٢٤	٥٠	٢٥	١٤
١٨٢	١٥٠	١٨٤	١٤٢	٣٦	٤٠	٣٥	٥٢	٣٠	١٥
١٩٠	١٥٢	١٨٨	١٤٤	٣٧	٤٥	٤٠	٦٤	٣٥	١٦
٢٠٠	١٥٤	١٩٠	١٤٦	٣٨	٥٠	٤٦	٦٨	٤٠	١٧
٢١٠	١٥٦	١٩٢	١٥٠	٣٩	٥٦	٥٠	٧٤	٤٥	١٨
٢١٤	١٥٧	١٩٤	١٥٢	٤٠	٦٨	٥٨	٨٠	٥٠	١٩
٢١٨	١٥٨	١٩٦	١٥٤	٤١	٧٢	٦٢	٨٢	٥٥	٢٠
٢٢٢	١٥٩	١٩٨	١٥٦	٤٢	٧٦	٦٦	٨٤	٦٠	٢١
٢٣٠	١٦٠	٢٠٠	١٦٠	٤٣	٨٠	٧٢	٨٦	٦٥	٢٢
٢٣٤	١٦١	٢٠١	١٦٤	٤٤	٨٥	٧٨	٩٠	٧٠	٢٣
٢٤٠	١٦٢	٢٠٢	١٦٦	٤٥	٩٠	٨٢	٩٢	٧٤	٢٤
٢٤٤	١٦٣	٢٠٣	١٦٨	٤٦	٩٦	٨٦	٩٤	٧٨	٢٥
٢٥٠	١٦٤	٢٠٤	١٧٠	٤٧	١١٠	٩٠	١٠٠	٨٢	٢٦
٢٥٢	١٦٥	٢٠٦	١٧٢	٤٨	١٢٠	٩٤	١١٠	٨٦	٢٧
٢٥٦	١٦٦	٢٠٧	١٧٤	٤٩	١٢٥	٩٨	١٢٠	٩٠	٢٨
٢٥٨	١٦٧	٢٠٨	١٨٠	٥٠	١٣٠	١١٠	١٢٥	٩٤	٢٩
					١٤٦	١١٥	١٣٥	٩٨	٣٠

جدول (٢٥)

التأثيرات لمقياس الاندفاعية حسب الجنس والعمر الزمني

التأثيرات				الدرجة الخام	التأثيرات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
١٤٠	٨٤	١١٥	٨٨	٣١	١٣	٤	٥	١	١٠
١٤٥	٨٨	١٢٠	٩٢	٣٢	٢٠	١٥	١٠	٩	١١
١٥٢	٩٢	١٢٨	٩٨	٣٣	٢٨	٢٠	١٦	١٣	١٢
١٦٠	٩٦	١٣٧	١٠٢	٣٤	٣٦	٢٥	٢٠	٢٠	١٣
١٦٨	١٠٠	١٤٦	١١٠	٣٥	٤٤	٢٩	٢٥	٢٥	١٤
١٧٩	١٠٥	١٥٠	١٢٠	٣٦	٥٢	٣٥	٣٠	٣٠	١٥
١٨٠	١١٠	١٥٦	١٢٥	٣٧	٦٠	٤٠	٣٥	٣٤	١٦
١٨٢	١١٥	١٦٢	١٣٠	٣٨	٦٨	٤٥	٤٠	٤٠	١٧
١٨٤	١٢٠	١٦٦	١٣٥	٣٩	٧٦	٥٠	٤٤	٤٥	١٨
١٨٦	١٢٢	١٧٠	١٤٠	٤٠	٨٤	٥٥	٦٠	٥٠	١٩
١٨٨	١٢٨	١٧٤	١٤٤	٤١	٩٠	٦٠	٦٥	٥٩	٢٠
١٩٠	١٣٢	١٧٨	١٤٦	٤٢	٩٦	٦٤	٧٠	٦٤	٢١
١٩٢	١٣٦	١٨٢	١٤٨	٤٣	١١٥	٦٨	٧٨	٧٠	٢٢
١٩٤	١٤٠	١٨٦	١٥٠	٤٤	١٢٠	٧٢	٨٦	٧٤	٢٣
١٩٦	١٤٢	١٨٨	١٥١	٤٥	١٢٥	٧٦	٩٥	٨٠	٢٤
١٩٨	١٤٤	١٩٠	١٥٢	٤٦	١٣٦	٨٠	١١٠	٨٤	٢٥
٢٠٠	١٤٨	١٩٥	١٥٣	٤٧	١٣٦	٨٠	١١٠	٨٤	٢٦
٢٠٠	١٤٨	١٩٥	١٥٣	٤٨	١٣٦	٨٠	١١٠	٨٤	٢٧
٢٠٠	١٤٨	١٩٥	١٥٣	٤٩	١٣٦	٨٠	١١٠	٨٤	٢٨
٢٠٠	١٤٨	١٩٥	١٥٣	٥٠	١٣٦	٨٠	١١٠	٨٤	٢٩
					١٣٦	٨٠	١١٠	٨٤	٣٠

جدول (٢٦)

التأثيرات لقياس الصعوبات الأكاديمية حسب الجنس والعمر الزمني

التفتيات				الدرجة الخام	التفتيات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٩٤	١٠٠	٨٦	١١٠	٣٠	٦	١	٤	٥	١٠
١٠٠	١١٠	٩٠	١١٢	٣١	١٠	٩	١٢	١٠	١١
١١٠	١١٦	٩٤	١١٨	٣٢	١٥	١٥	١٦	١٥	١٢
١١٤	١٢٠	٩٨	١٢٠	٣٣	٢٠	٢٠	٢٠	١٧	١٣
١٢٠	١٢٤	١٠٥	١٢٤	٣٤	٢٤	٢٥	٢٤	٢٥	١٤
١٢٤	١٢٦	١١٠	١٣٠	٣٥	٢٨	٣٠	٢٨	٣٠	١٥
١٢٨	١٢٨	١٢٠	١٣٢	٣٦	٣٢	٣٥	٣٢	٣٥	١٦
١٣٢	١٣٨	١٢٥	١٣٤	٣٧	٣٦	٤٠	٣٦	٤٠	١٧
١٣٤	١٣٢	١٣٠	١٣٦	٣٨	٤٠	٤٤	٤٠	٤٥	١٨
١٣٦	١٣٤	١٣٥	١٣٨	٣٩	٤٤	٤٨	٤٤	٥٥	١٩
١٣٨	١٣٦	١٤٠	١٤٠	٤٠	٥٠	٥٢	٤٨	٦٠	٢٠
١٣٩	١٣٧	١٤٦	١٤٢	٤١	٥٨	٥٦	٥٢	٦٤	٢١
١٤٠	١٣٨	١٤٨	١٤٤	٤٢	٦٠	٦٠	٥٦	٧٠	٢٢
١٤٢	١٣٩	١٥٢	١٤٦	٤٣	٦٤	٦٤	٦٠	٧٦	٢٣
١٤٣	١٤٠	١٥٦	١٥٠	٤٤	٧٠	٧٠	٦٤	٨٠	٢٤
١٤٤	١٤١	١٥٨	١٥٢	٤٥	٧٤	٧٤	٦٨	٨٦	٢٥
١٤٦	١٤٢	١٦٠	١٥٤	٤٦	٧٨	٨٠	٧٢	٩٢	٢٦
١٤٧	١٤٣	١٦٢	١٥٦	٤٧	٨٢	٨٤	٧٦	٩٨	٢٧
١٤٨	١٤٤	١٦٤	١٥٨	٤٨	٨٦	٩٠	٨٠	١٠٢	٢٨
١٥٠	١٤٥	١٦٨	١٦٠	٤٩	٩٠	٩٤	٨٤	١٠٦	٢٩
١٥٣	١٤٧	١٧٠	١٦٨	٥٠					

جدول (٢٧)

التأثيرات لمقياس القلق حسب الجنس والعمر الزمني

التأثيرات				الدرجة الخام	التأثيرات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
١٤٨	١١٩	١٣٤	١٢٥	٣١	٩	٥	٢	١١	١٠
١٥٠	١٢٣	١٤٠	١٣٥	٣٢	٢٠	١٠	١٠	١٦	١١
١٥٦	١٣٠	١٤٤	١٤٠	٣٣	٢٩	١٥	١٨	٢٥	١٢
١٦٢	١٣٤	١٥٠	١٤٦	٣٤	٣٨	٢٠	٢٤	٣٠	١٣
١٧٠	١٣٦	١٥٤	١٥٠	٣٥	٤٩	٢٥	٣٢	٣٤	١٤
١٧٦	١٣٨	١٦٠	١٥٦	٣٦	٥٥	٣٣	٤٠	٣٨	١٥
١٨٠	١٤٠	١٦٤	١٥٨	٣٧	٦١	٤٠	٤٨	٤٢	١٦
١٨٢	١٤١	١٧٠	١٦٠	٣٨	٧٠	٤٧	٥٦	٥٠	١٧
١٨٦	١٤٢	١٧٤	١٦٢	٣٩	٧٨	٥٥	٦٤	٥٨	١٨
١٨٨	١٤٣	١٧٨	١٦٤	٤٠	٨٢	٦١	٧٠	٦٢	١٩
١٩٠	١٤٤	١٨٠	١٦٦	٤١	٨٦	٦٩	٧٨	٧٠	٢٠
١٩٢	١٤٥	١٨٢	١٦٨	٤٢	٩٢	٧٤	٨٢	٧٨	٢١
١٩٤	١٤٦	١٨٣	١٧٠	٤٣	٩٨	٨٠	٩٠	٨٢	٢٢
١٩٦	١٤٧	١٨٤	١٧٢	٤٤	١١٥	٨٦	٩٨	٩٠	٢٣
١٩٨	١٤٨	١٨٥	١٧٤	٤٥	١٢١	٩٢	١١٠	١٠٠	٢٤
١٩٩	١٤٩	١٨٦	١٧٥	٤٦	١٣٠	١٠٠	١١٤	١٠٦	٢٥
٢٠٠	١٥٠	١٨٧	١٧٦	٤٧	١٣٦	١١٠	١٢٠	١١٠	٢٦
٢٠١	١٥١	١٨٨	١٧٧	٤٨	١٤٠	١١٥	١٢٦	١٢٠	٢٧
٢٠٢	١٥٢	١٩٠	١٧٨	٤٩	١٤٠	١١٥	١٢٦	١٢٠	٢٨
٢٠٢	١٥٢	١٩٠	١٧٨	٥٠	١٤٠	١١٥	١٢٦	١٢٠	٢٩
					١٤٠	١١٥	١٢٦	١٢٠	٣٠

جدول (٢٨)

التأثيرات لقياس الاكتئاب حسب الجنس والعمر الزمني

التأثيرات				الدرجة النجم	التأثيرات				الدرجة النجم
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث	
١٦٤	١٤٥	١٣٠	٩٤	٣١	٤٥	٨	٣٦	٤	١٠
١٦٦	١٥٠	١٤٠	٩٦	٣٢	٦٠	٢٠	٤٠	١٢	١١
١٦٨	١٦٠	١٥٠	٩٨	٣٣	٦٥	٢٥	٤٤	٢٠	١٢
١٧٠	١٦٥	١٥٨	١٠٠	٣٤	٧٠	٣٠	٤٨	٢٤	١٣
١٧٢	١٧٠	١٧٠	١٠٢	٣٥	٧٥	٣٦	٥٢	٣٠	١٤
١٧٤	١٨٠	١٧٥	١٠٤	٣٦	٨٠	٤٢	٥٦	٣٨	١٥
١٧٦	١٩٠	١٧٧	١١٠	٣٧	٨٦	٥٠	٦٠	٤٢	١٦
١٧٧	١٩٥	١٨٠	١١٦	٣٨	٩٠	٥٤	٦٤	٥٠	١٧
١٧٨	٢١٥	١٨٢	١٢٠	٣٩	٩٥	٦٢	٧٠	٥٤	١٨
١٧٩	٢٢٠	١٨٦	١٢٥	٤٠	١١٠	٧٠	٧٦	٦٢	١٩
١٨٠	٢٢٥	١٩٠	١٣٠	٤١	١١٥	٧٨	٨٠	٧٠	٢٠
١٨٢	٢٢٩	١٩١	١٣٥	٤٢	١٢٦	٨٢	٨٢	٧٨	٢١
١٨٤	٢٣٣	١٩٢	١٤٠	٤٣	١٣٠	٩٠	٨٤	٨٢	٢٢
١٨٦	٢٣٧	١٩٣	١٤٤	٤٤	١٤٦	١٠٠	٨٦	٨٦	٢٣
١٨٨	٢٣٩	١٩٤	١٥٢	٤٥	١٥٢	١١٠	٨٠	٩٠	٢٤
١٩٠	٢٤٢	١٩٥	١٥٨	٤٦	١٥٨	١٢٠	٨٤	٩٨	٢٥
١٩٢	٢٤٤	١٩٦	١٦٠	٤٧	١٦٠	١٢٥	٩٠	١١٥	٢٦
١٩٤	٢٤٦	١٩٨	١٦٢	٤٨	١٦٢	١٣٥	٩٢	١٢٦	٢٧
١٩٩	٢٤٨	٢٠٣	١٦٥	٤٩	١٦٢	١٣٥	٩٢	١٢٦	٢٨
١٩٩	٢٤٨	٢٠٣	١٦٥	٥٠	١٦٢	١٣٥	٩٢	١٢٦	٢٩
					١٦٢	١٣٥	٩٢	١٢٦	٣٠

جدول (٢٩)

التأثيرات لمقياس العناد حسب الجنس والعمر الزمني

التأثيرات				الدرجة نحده	التأثيرات				الدرجة نحده
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
ذكور		بنات			ذكور		بنات		
٦-٥	٦-٥	٦-٥	٦-٥		٦-٥	٦-٥	٦-٥	٦-٥	
٧٨	٦١	٦٠	٦٢	٣١	٦	١٣	٩	٤	١٠
٨٠	٦٣	٦١	٦٣	٣٢	١٠	١٥	١٣	١٠	١١
٨٢	٦٥	٦٢	٦٤	٣٣	١٥	١٧	١٧	١٤	١٢
٨٣	٦٧	٦٤	٦٥	٣٤	٢٥	١٩	٢١	١٨	١٣
٨٤	٦٩	٦٦	٦٦	٣٥	٣٠	٢١	٢٥	٢٢	١٤
٨٥	٧١	٦٨	٦٧	٣٦	٣٤	٢٣	٢٩	٢٦	١٥
٨٦	٧٣	٧٠	٦٨	٣٧	٣٨	٢٥	٣٣	٣٠	١٦
٨٧	٧٥	٧٢	٦٩	٣٨	٤٢	٢٧	٣٧	٣٤	١٧
٨٨	٧٧	٧٤	٧٠	٣٩	٤٤	٢٩	٤١	٣٨	١٨
٨٩	٧٩	٧٦	٧١	٤٠	٤٦	٣١	٤٥	٤٢	١٩
٩٠	٨١	٧٨	٧٢	٤١	٤٨	٣٣	٤٦	٤٤	٢٠
٩٢	٨٢	٨٠	٧٣	٤٢	٥٠	٣٥	٤٧	٤٦	٢١
٩٣	٨٣	٨٢	٧٤	٤٣	٥٢	٣٧	٤٨	٤٨	٢٢
٩٤	٨٤	٨٤	٧٥	٤٤	٥٤	٣٩	٤٩	٥٠	٢٣
٩٥	٨٥	٨٦	٧٦	٤٥	٥٦	٤١	٥٠	٥٢	٢٤
٩٦	٨٦	٨٨	٧٧	٤٦	٥٨	٤٣	٥١	٥٣	٢٥
٩٨	٨٨	٩٠	٧٨	٤٧	٦٠	٤٥	٥٢	٥٤	٢٦
١٠٠	٩٠	٩٢	٧٩	٤٨	٦٢	٤٧	٥٣	٥٥	٢٧
١٠٢	٩١	٩٣	٨٠	٤٩	٦٤	٤٩	٥٤	٥٦	٢٨
١٠٤	٩٢	٩٤	٨٢	٥٠	٦٦	٥١	٥٥	٥٧	٢٩
					٦٨	٥٣	٥٦	٥٨	٣٠

المئينات:

قاما معدا الاختبار بإيجاد المئينات المقابلة للدرجات الخام كما يتضح فى جدول (٣١) وحتى جدول (٣٧) لكل بعد من أبعاد اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة طبقاً للجنس والعمر الزمنى.

جدول (٣٠)

المئينات لمقياس نقص الانتباه حسب الجنس والعمر الزمنى

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة خام	المئينات			
	٥٠		٥٥			٥٠		٥٥	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	١	١	٣	٢	٣٠	٥١	٤٩	٥٦	٥٥
١١	٣	٢	٥	٤	٣١	٥٢	٥٢	٥٧	٥٦
١٢	٤	٣	٨	٧	٣٢	٥٥	٥٣	٥٩	٥٨
١٣	٦	٥	٩	٨	٣٣	٥٧	٥٦	٦٢	٦١
١٤	٨	٧	١٠	٩	٣٤	٦٢	٦٠	٦٣	٦٢
١٥	١٠	٩	١٢	١١	٣٥	٦٣	٦١	٦٤	٦٣
١٦	١٥	١٤	١٤	١٣	٣٦	٦٤	٦٢	٦٦	٦٥
١٧	١٧	١٦	١٦	١٥	٣٧	٦٥	٦٤	٦٨	٦٧
١٨	٢١	٢٠	١٧	١٦	٣٨	٦٧	٦٦	٧٠	٦٩
١٩	٢٣	٢١	٢٢	٢١	٣٩	٦٩	٦٨	٧٢	٧١
٢٠	٢٥	٢٤	٢٤	٢٣	٤٠	٧١	٧٠	٧٣	٧٢
٢١	٢٧	٢٦	٢٦	٢٥	٤١	٧٣	٧٢	٧٤	٧٣
٢٢	٣٠	٢٩	٢٩	٢٩	٤٢	٧٥	٧٤	٧٦	٧٥
٢٣	٣٣	٣٢	٣٢	٣٤	٤٣	٧٩	٧٨	٧٨	٧٧
٢٤	٤٠	٣٩	٤٠	٣٩	٤٤	٨٢	٨١	٧٩	٧٨
٢٥	٤٢	٤١	٤١	٤٤	٤٥	٨٣	٨٢	٨٠	٧٩
٢٦	٤٤	٤٣	٤٦	٤٥	٤٦	٨٤	٨٣	٨٢	٨١
٢٧	٤٥	٤٤	٥٠	٤٩	٤٧	٨٦	٨٨	٨٤	٨٣
٢٨	٤٧	٤٦	٥٣	٥٢	٤٨	٩٠	٨٩	٨٦	٨٥
٢٩	٤٩	٤٨	٥٤	٥٣	٤٩	٩٧	٩٥	٩٣	٩٢
					٥٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول (٢١)

المئينات لمقياس فرط الحركة حسب الجنس والعمر الزمني

المئينات				الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث	
٥٢	٥٣	٥٠	٥١	٣١	٨	٩	٦	٧	١٠
٥٤	٥٥	٥٢	٥٣	٣٢	٩	١٠	٨	٩	١١
٥٧	٥٨	٥٤	٥٥	٣٣	١٣	١٣	١١	١٢	١٢
٦٠	٦١	٥٧	٥٨	٣٤	١٤	١٥	١٣	١٤	١٣
٦٢	٦٣	٦٠	٦١	٣٥	١٦	١٧	١٤	١٥	١٤
٦٤	٦٥	٦٢	٦٢	٣٦	١٧	١٨	١٥	١٦	١٥
٦٥	٦٦	٦٤	٦٥	٣٧	١٩	٢٠	١٧	١٨	١٦
٦٧	٦٨	٦٦	٦٧	٣٨	٢٠	٢١	١٨	١٩	١٧
٦٩	٧٠	٦٨	٦٩	٣٩	٣١	٣٢	٢٠	٢١	١٨
٧١	٧٢	٧٠	٧١	٤٠	٢٣	٢٤	٢٢	٢٣	١٩
٧٣	٧٤	٧٢	٧٣	٤١	٢٥	٢٦	٢٤	٢٥	٢٠
٧٥	٧٦	٧٤	٧٥	٤٢	٢٧	٢٨	٢٦	٢٧	٢١
٧٧	٧٨	٧٦	٧٧	٤٣	٣٠	٣١	٢٨	٢٩	٢٢
٧٩	٨٠	٧٨	٧٩	٤٤	٣١	٣٢	٣٠	٣١	٢٣
٨١	٨٢	٨٠	٨١	٤٥	٣٣	٣٤	٣١	٣٢	٢٤
٨٢	٨٤	٨٢	٨٣	٤٦	٣٥	٣٦	٣٢	٣٣	٢٥
٨٤	٨٥	٨٣	٨٤	٤٧	٣٦	٣٧	٣٤	٣٥	٢٦
٨٦	٨٧	٨٥	٨٦	٤٨	٣٨	٣٩	٣٦	٣٧	٢٧
٨٩	٩٠	٨٨	٨٩	٤٩	٤٠	٤١	٣٨	٣٩	٢٨
٩٠	٩١	٨٩	٩٠	٥٠	٤٢	٤٣	٤٠	٤١	٢٩
					٤٤	٤٥	٤٢	٤٣	٣٠

جدول (٢٢)

المنينات لمقياس الصعوبات الأكاديمية حسب الجنس والعمر الزمني

المنينات				الدرجة الخام	المنينات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٤٨	٥٠	٤٨	٤٩	٣١	٨	٩	٦	٨	١٠
٥٠	٥١	٤٩	٥٠	٣٢	١٠	١١	٩	١٠	١١
٥٣	٥٤	٥٢	٥٣	٣٣	١٥	١٧	١٥	١٦	١٢
٥٧	٥٨	٥٩	٥٧	٣٤	١٩	٢١	١٩	٢٠	١٣
٦٠	٦١	٥٩	٦٠	٣٥	٢٣	٢٤	٢٢	٢٣	١٤
٦٤	٦٥	٦٣	٦٤	٣٦	٢٥	٢٦	٢٤	٢٥	١٥
٦٥	٦٧	٦٥	٦٦	٣٧	٢٧	٢٨	٢٦	٢٧	١٦
٦٩	٧١	٦٩	٧٠	٣٨	٢٩	٣٠	٢٨	٢٩	١٧
٧٢	٧٤	٧٢	٧٣	٣٩	٣٠	٣٢	٣٠	٣١	١٨
٧٧	٧٩	٧٧	٧٨	٤٠	٣٣	٣٦	٣٤	٣٥	١٩
٨٠	٨١	٧٩	٨٠	٤١	٣٧	٣٨	٣٦	٣٧	٢٠
٨٤	٨٦	٨٤	٨٥	٤٢	٣٦	٤٠	٣٨	٣٩	٢١
٨٦	٨٧	٨٥	٨٦	٤٣	٣٨	٤٠	٤٠	٤١	٢٢
٩٠	٩١	٨٩	٩٠	٤٤	٤٢	٤٤	٤٢	٤٣	٢٣
٩٢	٩٤	٩٢	٩٣	٤٥	٤٤	٤٦	٤٤	٤٥	٢٤
٩٤	٩٥	٩٣	٩٤	٤٦	٤٧	٤٨	٤٦	٤٧	٢٥
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٧	٤٧	٤٨	٤٦	٤٧	٢٦
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٨	٤٧	٤٨	٤٦	٤٧	٢٧
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٩	٤٧	٤٨	٤٦	٤٧	٢٨
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٥٠	٤٧	٤٨	٤٦	٤٧	٢٩
					٤٧	٤٨	٤٦	٤٧	٣٠

جدول (٢٣)

المتينات لمقياس الصعوبات الأكاديمية حسب الجنس والعمر الزمني

المئينات				الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٤٦	٥٦	٥٢	٥٣	٣٠	٦	١١	٨	٩	١٠
٤٧	٥٨	٥٣	٥٤	٣١	١٠	١٤	١١	١٢	١١
٤٩	٦٠	٥٥	٥٦	٣٢	١٢	١٥	١٢	١٣	١٢
٥٢	٦٣	٥٧	٥٨	٣٣	١٣	١٧	١٣	١٤	١٣
٥٣	٦٤	٥٩	٦٠	٣٤	١٤	١٩	١٥	١٦	١٤
٥٤	٦٥	٦١	٦٢	٣٥	١٧	١٩	١٧	١٨	١٥
٥٥	٦٦	٦٢	٦٤	٣٦	١٩	٢٣	١٩	٢٠	١٦
٥٦	٦٨	٦٥	٦٦	٣٧	٢١	٢٦	٢٢	٢٣	١٧
٥٧	٧١	٦٨	٦٩	٣٨	٢٣	٢٨	٢٣	٢٤	١٨
٦٠	٧٢	٦٩	٧٠	٣٩	٢٥	٣٠	٢٧	٢٨	١٩
٦٢	٧٤	٧١	٧٣	٤٠	٢٦	٣٣	٢٨	٢٩	٢٠
٦٦	٧٥	٧٢	٧٤	٤١	٢٨	٣٦	٣٢	٣٣	٢١
٧٠	٧٧	٧٥	٧٦	٤٢	٢٩	٣٧	٣٤	٣٥	٢٢
٧٤	٧٩	٧٦	٧٨	٤٣	٣٣	٣٩	٣٦	٣٧	٢٣
٧٨	٨٣	٨٠	٨١	٤٤	٣٨	٤١	٣٨	٣٩	٢٤
٨٢	٨٦	٨٣	٨٥	٤٥	٣٩	٤٣	٤٠	٤١	٢٥
٨٦	٩١	٨٨	٨٩	٤٦	٤١	٤٦	٤٢	٤٣	٢٦
٩٠	٩٥	٩٢	٩٤	٤٧	٤٢	٤٨	٤٥	٤٦	٢٧
٩٤	٩٦	٩٣	٩٥	٤٨	٤٤	٥٠	٤٧	٤٨	٢٨
٩٨	٩٧	٩٧	٩٦	٤٩	٤٥	٥٣	٤٩	٥٠	٢٩
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٥٠					

جدول (٢٤)

المتينات لمقياس القلق حسب الجنس والعمر الزمني

المتينات				الدرجة الحام	المتينات				الدرجة الخام
٥-٦		٤-٥			٦-٥		٥-٤		
نكور	بنث	نكور	بنث		نكور	بنث	نكور	بنث	
٦٢	٦٣	٤٦	٤٨	٣١	٩	١١	٧	٨	١٠
٦٥	٦٦	٤٧	٤٩	٣٢	١٢	١٣	٩	١٠	١١
٦٨	٦٩	٤٩	٥٠	٣٣	١٤	١٥	١١	١٢	١٢
٦٩	٧٠	٥٠	٥١	٣٤	١٦	١٧	١٤	١٥	١٣
٧١	٧٢	٤٩	٥٢	٣٥	١٨	١٩	١٦	١٧	١٤
٧٢	٧٣	٥١	٥٣	٣٦	٢١	٢٢	١٨	١٩	١٥
٧٣	٧٤	٥٣	٥٥	٣٧	٢٥	٢٦	١٩	٢١	١٦
٧٣	٧٥	٥٢	٥٦	٣٨	٢٧	٢٨	٢٢	٢٣	١٧
٧٥	٧٦	٥٦	٥٨	٣٩	٢٩	٣٠	٢٣	٢٥	١٨
٧٦	٧٧	٦٠	٦٢	٤٠	٣٣	٣٤	٢٥	٢٧	١٩
٧٩	٨١	٦٥	٦٦	٤١	٣٥	٣٦	٢٩	٣٠	٢٠
٨١	٨٢	٦٩	٧٠	٤٢	٣٧	٣٨	٣١	٣٣	٢١
٨٣	٨٤	٧١	٧٤	٤٣	٤٢	٤٣	٣٥	٣٦	٢٢
٨٥	٨٦	٧٤	٧٨	٤٤	٤٩	٥٠	٣٨	٣٩	٢٣
٨٧	٨٨	٧٦	٨٥	٤٥	٥٥	٥٦	٣٩	٤٠	٢٤
٨٨	٨٩	٨٠	٨٧	٤٦	٥٦	٥٧	٤١	٤٣	٢٥
٩٠	٩١	٨٧	٩٢	٤٧	٥٧	٥٨	٤٤	٤٥	٢٦
٩٢	٩٣	٩٥	٩٤	٤٨	٦٠	٦١	٤٥	٤٧	٢٧
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٩	٦٠	٦١	٤٥	٤٧	٢٨
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٥٠	٦٠	٦١	٤٥	٤٧	٢٩
					٦٠	٦١	٤٥	٤٧	٣٠

جدول (٢٥)

المئينات لمقياس الاكتئاب حسب الجنس والعمر الزمني

المئينات				الدرجة الحم	المئينات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٥٩	٦٠	٤٦	٤٧	٣١	١٣	١٤	١٠	١١	١٠
٦٢	٦٣	٤٨	٤٩	٣٢	١٥	١٦	١٢	١٣	١١
٦٥	٦٦	٤٩	٥٠	٣٣	١٧	١٨	١٤	١٥	١٢
٦٨	٦٩	٥٢	٥٣	٣٤	١٩	٢٠	١٦	١٧	١٣
٧١	٧٢	٥٣	٥٤	٣٥	٢١	٢٢	٢٠	٢١	١٤
٧٤	٧٥	٥٥	٥٦	٣٦	٢٥	٢٦	٢٢	٢٣	١٥
٧٦	٧٧	٥٧	٥٨	٣٧	٢٨	٢٩	٢٤	٢٥	١٦
٨٠	٨١	٦٠	٦١	٣٨	٣٢	٣٣	٢٦	٢٧	١٧
٨٣	٨٤	٦٢	٦٣	٣٩	٣٦	٣٧	٢٨	٢٩	١٨
٨٥	٨٦	٦٣	٦٤	٤٠	٤٠	٤١	٣٠	٣١	١٩
٨٩	٩٠	٦٥	٦٦	٤١	٤٣	٤٤	٣٢	٣٣	٢٠
٩١	٩٢	٦٩	٧٠	٤٢	٤٥	٤٦	٣٤	٣٥	٢١
٩٣	٩٤	٧١	٧٨	٤٣	٤٩	٥٠	٣٥	٣٦	٢٢
٩٤	٩٥	٧٣	٧٤	٤٤	٥١	٥٢	٣٦	٣٧	٢٣
٩٥	٩٦	٧٧	٧٨	٤٥	٥٢	٥٣	٣٧	٣٨	٢٤
٩٦	٩٧	٨٣	٨٤	٤٦	٥٣	٥٤	٤٠	٤١	٢٥
٩٧	٩٨	٩٠	٩١	٤٧	٥٥	٥٦	٤٢	٤٣	٢٦
٩٨	٩٩	٩٤	٩٥	٤٨	٥٧	٥٨	٤٤	٤٥	٢٧
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٩	٥٧	٥٨	٤٤	٤٥	٢٨
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٥٠	٥٧	٥٨	٤٤	٤٥	٢٩
					٥٧	٥٨	٤٤	٤٥	٣٠

جدول (٣٦)

المئينات لمقياس الاكتئاب حسب الجنس والعمر الزمني

المئينات				الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام
٦-٥		٥-٤			٦-٥		٥-٤		
إناث	ذكور	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٥٤	٦٨	٧٦	٧٧	٣١	١٣	١٦	١٥	١٧	١٠
٥٦	٦٩	٧٧	٧٨	٣٢	١٥	١٧	٢٠	٢١	١١
٥٨	٧٠	٧٨	٧٩	٣٣	١٧	١٨	٢٤	٢٥	١٢
٦٠	٧١	٧٩	٨٠	٣٤	١٩	١٩	٢٨	٢٩	١٣
٦٢	٧٢	٨٠	٨١	٣٥	٢١	٢٢	٣٢	٣٣	١٤
٦٤	٧٣	٨١	٨٢	٣٦	٢٣	٢٣	٣٦	٣٧	١٥
٦٦	٧٥	٨٢	٨٣	٣٧	٢٥	٢٤	٤٠	٤١	١٦
٦٨	٧٧	٨٣	٨٤	٣٨	٢٧	٢٦	٤٤	٤٥	١٧
٧٠	٧٩	٨٤	٨٥	٣٩	٢٩	٢٧	٤٦	٤٧	١٨
٧٢	٨١	٨٥	٨٦	٤٠	٣٠	٢٨	٤٨	٤٩	١٩
٧٤	٨٣	٨٦	٨٧	٤١	٣١	٣٠	٥٠	٥١	٢٠
٧٦	٨٥	٨٧	٨٨	٤٢	٣٢	٣٤	٥٢	٥٣	٢١
٧٨	٨٧	٨٨	٨٩	٤٣	٣٤	٣٦	٥٤	٥٥	٢٢
٨٠	٨٩	٨٩	٩٠	٤٤	٣٥	٤٠	٥٦	٥٧	٢٣
٨٢	٩٠	٩٠	٩١	٤٥	٣٦	٤٤	٥٨	٥٩	٢٤
٨٤	٩١	٩١	٩٢	٤٦	٣٧	٤٨	٦٠	٦١	٢٥
٨٦	٩٢	٩٢	٩٣	٤٧	٣٨	٥٢	٦١	٦٢	٢٦
٨٨	٩٣	٩٣	٩٤	٤٨	٤٠	٥٤	٦٢	٦٣	٢٧
٩٠	٩٤	٩٤	٩٥	٤٩	٤٢	٥٦	٦٤	٦٥	٢٨
٩٢	٩٥	٩٥	٩٦	٥٠	٤٤	٥٨	٦٦	٦٧	٢٩
					٤٦	٦٠	٦٨	٦٩	٣٠

المراجع:

- 1 - American Psychiatric Association (2000). Attention-deficit and disruptive behavior disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text rev., pp. 85-103. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 2- Brue AW, Oakland TD (2002). Alternative treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: Does evidence support their use? *Alternative Therapies*, 8(1): 68-74.
- 3- Dulcan MKr Martini DR (2003). Attention deficit/hyperactivity disorder section of Axis 1 disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence: Attention-deficit and disruptive behavior disorders. *Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed., pp. 24-41. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 4- Greenhill, et al. (1999). Stimulant medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(5): 503-512.
- 5- Hechtman L (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder section of Attention-deficit disorders. In BJ Sadock, VA Sadock, eds.. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed., vol. 2, pp. 3183-3198. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- 6- Lamberg L (2003). ADHD often undiagnosed in adults: Appropriate treatment may benefit work, family, social life. *JAMA*, 290(12): 1565-1567.
- 7- McGough JJ (2005). Adult manifestations of attention-deficit/hyperactivity disorder section of Attention-deficit disorders. In BJ Sadock, VA Sadock, eds., *Kaplan and Sadock's Comprehensive Text-*

- book of Psychiatry. 8th ed., vol. 2, pp. 3198-3204. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- 8- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56:1073-1086.
 - 9- MTA Cooperative Group (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56: 1088-1096.
 - 10- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multinodal Treatment Study of ADHD follow-up: Changes in effectiveness and growth after the end of treatment. Pediatrics, 113(4): 762-769.
 - 11- National Institute of Mental Health (2003). Attention Deficit Disorder. NIH Publication No. 03-3572. Available online: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>.
 - 12- Pritchard D (2005). Attention deficit hyperactivity disorder in children. Clinical Evidence (13): 266-279.
 - 13- Rappley, MD (2005). Clinical practice: Attention deficit-hyperactivity disorder. New England Journal of Medicine. 352(2): 165-173.
 - 14- Robin AL (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: Common pediatric concerns. Pediatric Clinics of North America, 46(5): 1027-1038.
 - 15- Rockville, M.D.(1998): Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). NIH Consensus Statement, vol. 16, no. 2 (1998 November 16-18).

- 16- Schweitzer JB ,et at. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Medical Clinics of North America, 85(3): 757-777.
- 17- Weiss M, Murray C (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Canadian Medical Association Journal, 168(6): 715-722.
- 18- Wilens TE, et al. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse: A meta-analytic review of the literature. Pediatrics, 111(1): 179-185.
- 19- Wilens TE, et al. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in Wolraich ML, et al. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children. A meta-analysis. JAMA, 274: 1617-1621.
- 20- Zarnetkin AJ, Ernst M (1999). Problems in the management of attention-deficit hyperactivity disorder. New England Journal of Medicine, 340(1): 40-46